Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

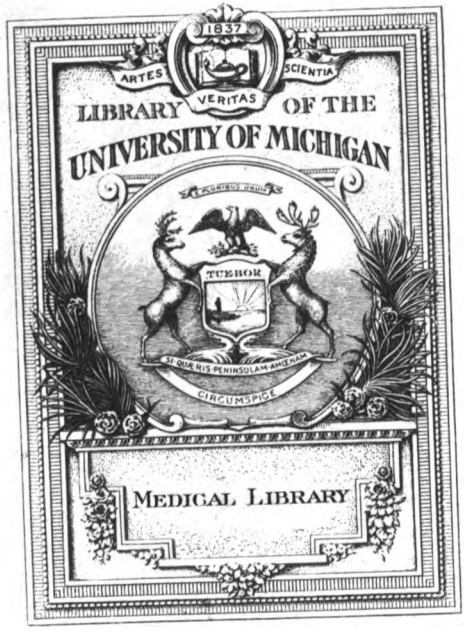
+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

A 413919

Digitized by Google



Digitized by Google

610.5
P899

Digitized by Google

Digitized by Google

Der prakt. Arzt.

Eine Monatsschrift

Herausgegeben

von

Sanitä srat Dr. Wilhelm Herr,

praktischer Arzt

in

Wetzlar.

Fünfundvierzigster Jahrgang.

1905.

WETZLAR.
Druck und Verlag der Schnitzler'schen Buchhandlung.
1905.

Digitized by Google

Digitized by Google

Medical
Müller
7-23-29
19767

Inhalts-Verzeichnis.

Seite

A

Abwehr gegen aufdringliche Reklame 48
Aderlaß, therapeutische Anwendung desselben 83
Adnexerkrankungen, üb. operative u. nicht operative Behandlung entzündlicher, insbesondere eitriger 260
Alkoholverbände bei Entzündungen 192
Anomalien der Placentarstruktur hypoplastischer Uteri und deren Folgen 262
Appendizitis, Erfahrungen über 1000 Operationen derselben 135
Arzneitaxe, Einführung einer einheitlichen 215
Augenbäder mit Lösungen von künstlichem Emser Salz 231
Augenentzündung, eine auf konstitutioneller Basis beruhende durch ein Trauma auszulösen 66
Augenverletzungen, die erste Hilfe bei denselben 254

B

Basedow'sche Krankheit; Originalartikel von Dr. Viktor Löwenthal in Frankfurt am Main 124
Becken-Frakturen 70
Blei, Giftwirkung desselben 25
Blutungen aus dem Respirations und Verdauungstraktus, erste ärztliche Hilfe 182
Brom, Uebergang desselben in die Frauenmilch 47
Bronchialasthma 63
Bubo- und -Carbunkelbehandlung ohne große Einschnitte 273

C

Carcinoma uteri und Geburt 21
Cerebrospinalmengingitis 127
Chloroform-Anschütz 47
Cholelithiasis, Theorie derselb. 267
Condyloma acuminatum Entfernung desselben mittelst Erfrierung 40

D

Digitalistherapie, Indicationen und Methodik 52
Digitalisdarreichung, eine neue Art 47
Diphtherieheilserum, Preise desselben 24
Diurese, Beförderung derselben 247

E

Eingeklemmte Brüche, Behandlung 11

Digitized by Google

Seite

Empyroform 126
Eunydrin 104
Enteroptose und Hängebauch 93
Entfettungskuren 57
Epilepsie, diätetische Behandlung 82
Exudative Diathese 143
Eunatrol, günstige Wirkung desselben 240

F

Fleischkonservierung 120
Forcierte Entbindung bei Eklampsie, Technik derselben 18. 43
Formalinmilch, was ist von derselben zu halten 3
Fußgeschwulst 137

G

Gebärmutterkrebs, Bitte um Mithülfe bei der Bekämpfung desselben 121
Geisteskrankheit und Anstaltsbedürftigkeit 151
Geisteskrankheit, die ersten Zeichen derselben 28. 59
Gehörorgan, Verletzungen desselben 184
Gelenkerkrankungen, Behandlung derselben mittelst Stauung 38
Genickstarre, pathologische Anatoomie und Infektionsweg derselben 128
Genickstarre, zwei eigenartige Fälle; Originalartikel von Sanitätsrat Dr. Strube in Laskowitz 145
Glaukom, Behandlung desselben 85
Gesichtsfurunkel und deren Behandlung 140
Gujasanol, gegen Oxyuris vermicularis 109

H

Haarausfall, frühzeitige Behandlung desselben 214
Hämophilie, Wesen derselben 178
Hautkrankheiten, Principien u. Fortschritte in der Behandlung der nichtparasitären 88
Hernien im Kindesalter. Behandlung derselben 212
Herpes-Zoster, zur Lehre desselben 224

Seite

Herzkrankheit, allgemeine Behandlung derselben 130
Heufieber. Serumbehandlung desselben 62
Hirschsprung'sche Krankheit und Muskelrheumatismus 149
Hyperacidität, Therapie derselben 230

I

Imponderabilien; Originalartikel von Dr. Kühner 73
Infectionskrankheiten, die Bekämpfung derselben, insbesondere der Tuberkulose 207
Intrauterine Injectionen, Gefahren derselben 46

J

Jodapplikation, perkutan 146
Jodkalium gegen Arteriosklerose 287
Jodipin-Injection, Technik derselben 41

K

Kaiserschnitt, heutiger Standpunkt desselben 234
Kaliumpermangnat als billiges lokales Hämostatikum 219
Katarrhe der weiblichen Genitalorgane, über die Behandlung derselben 45
Kann eine an Scharlach erkrankte Mutter stillen 280
Keilbeinhöhlen, Erkrankungen derselben 113
Keuchhusten, Behandlung desselben 48
Klumpfußbehandlung im Säuglingsalter; von Dr. Schäffer in Leun 49
Konzeptionsverhütung 236
Krebs, Wesen desselben 79
Krisen bei akuten Krankheiten 201
Kunst richtig zu essen 107

L

Leber- und Gallenblase, ein Beitrag derselben 7
Lokalanästhesie, eine neue Bereicherung der 248
Lokalanästhesie, zur Praxis derselben 275
Lokale Heißluftbehandlung, Principien derselben 64

Digitized by Google

Seite

Luxation im Schultergelenk; Originalartikel von Dr. A. Kühner (Koburg) 1

M

Mesotanvaseline, Anwendung derselben 198
Milchzucker im Harn, Nachweis desselben 56

N

Nagel, Behandlung des eingewachsenen 111
Nägel, ihr Bau, ihre Erkrankung und ihre Pflege 187. 208
Nasen- und Rachenblutungen 68
Nephritis im Kindesalter 239
Neurasthenie, Schlaflosigkeit bei derselben 244
Nitroglycerin, therapeutische Anwendung desselben 103

O

O-Wirkung der Seeluft 176

P

Perhydrollösungen (Merck'sches Wasserstoffsuperoxyd. über die chirurgische Verwendbarkeit derselben 16
Peritonitis, über die chirurgische Behandlung der eitrigen 258
Perityphlitis, Beobachtung über dieselbe 133
Perityphlitis-Frage, der gegenwärtige Stand derselben 228
Placentarretention, langdauernde nach Fehlgeburten 276
Polymyositis, akute recidivierende, in epidemischem Auftreten 205
Prophylaxe des Ohres bei den akuten Infektionskrankheiten 116
Puerperalfieber, Prophylaxe desselben 141
Purgen, Schädlichkeit desselben 264
Patentverschlüsse, Schädlichkeit derselben 174

Seite

R

Rachenmandel, Nachbehandlung derselben nach Operation 162

S

Salpingitis chronica, Pathologie und Therapie 118
Salvia officinalis gegen Nachtschweiß 10
Sauerstoff-Chloroformnarkose 217
Säuglingssterblichkeit, die Gesellschaft zur Bekämpfung derselben 170
Schädellage, Anwendung des äußeren Druckes bei denselben 71
Scharlach, Röteln und Masern, Differentialdiagnose derselben 283
Schutzpockenimpfung, Nutzen derselben 134
Schwarze Binden 69
Schwangerschaft, Diagnose in den frühen Monaten derselb. 166
Skopolamin-Morphium-Analgesie in der Geburt 161
Spiralbrüche an den langen Röhrenknochen der unteren Extremitäten 110
Syphilisbehandlung, Grundsätze derselben 33
Syphilis des Zirkulationsapparates 31

T

Telephonische Consultation 288
Tod, sicherer Nachweis dessbl. 199
Toulousesche Methode der Epileptikerdiät 72
Tropenkrankheiten 241
Tuberkulose, über die Bedeutung der Vererbung und der Disposition in der Pathologie mit besonderer Berücksichtigung 99
Tuberkulose, zur Frage der Disposition 5
Typhus abdominalis 221

U

Ueber Enesol, ein neues Arsenquecksilberpräparat 265

Digitized by Google

Seite

V

Vererbungslehre in der Biologie, über den derzeitigen Stand derselben 97

W

Wandlungen in den naturwissenschaftlichen Anschauung. der Aerzte im Verlaufe der letzten 20 Jahre 171. 193

Seite

Wismutvergiftung 106
Wundbehandlung, trockene 156

Z

Zinkum sulfuricum oder Silbersalze bei der Gonorrhöebehandlung 177
Zur Untersuchungsmethode 7

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro. 1. XLV. Jahrgang. 25. Januar 1905.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Zur Luxation im Schultergelenk. Originalartikel von Dr. A. Kühner (Coburg). — Was ist von der Formalinmilch zu halten? — Zur Frage der Disposition bei Tuberkulose. Beitrag zu den Untersuchungsmethoden der Leber und Gallenblase. Salvia officinalis gegen Nachtschweiß. — Zur Behandlung eingeklemmter Brüche. Ueber die chirurgische Verwendbarkeit von Wasserstoffsuperoxyd (Merk). — Zur Technik der forcierten Entbindung bei Eklampsie. Carcinoma uteri und Geburt. — Die Preise des Diphtherieheilserums. — Anzeige.

Zur Luxation im Schultergelenk.

Von Dr. A. Kühner (Coburg).

Im Anschluß an meinen Originalbeitrag in der vorigen Nummer dieses Blattes, sind mehrere Eingänge zu bezeichnen, welche dankbarlichst von mir entgegengenommen worden sind. Herr Dr. Garms sen. in Soest hatte die Güte, mich mit einer einfachen, aber wesentlichen Modification der Cooperschen Methode bekannt zu machen, welche ich in der gangbaren Literatur nicht vorfinde und den Praktikern als gewiß sehr dankenswert bekannt gebe. Herr Dr. Garms schreibt:

Während Cooper den Patienten die Rückenlage einnehmen läßt, ordne ich die Bauchlage an. Der Patient legt sich demnach in der Bauchlage auf den mit einer Decke bedeckten Fußboden. Unter den Bauch lasse ich noch einige weiche Bettkissen legen. Eine von einem langen Handtuch oder festen Leinwandstreifen gemachte Schlinge wird oberhalb des Ellbogengelenks um den Oberarm gelegt (nicht um die Handwurzel, um bei der Extension den Arm flectirt und dadurch den Musculus biceps erschlafft zu erhalten.) Dann wird ein anderes zusammengelegtes Handtuch um den oberen Teil des Oberarms gelegt und die Zipfel desselben einem zur Seite des verrenkten Arms stehenden Gehülfen übergeben. Der Operateur selbst läßt sich neben der kranken Seite des Patienten auf den Fußboden nieder, ergreift die Enden der um den Oberarm gelegten Schlinge

Digitized by Google

und stemmt seinen der Seite des Patienten zunächst liegenden Fuß in dessen Achselhöhle. Er macht nun die Extension nach hinten und unten, während der Gehülfe an dem um den Oberarm liegenden Handtuche nach aussen zieht. (Für die Bezeichnung nach unten, hinten und außen ist der Körper des Patienten selbst als Richtung bestimmend angenommen, so daß nach unten nach den Füssen desselben, nach hinten rückwärts, nach außen seitwärts von ihm bedeutet.) Der luxirte Arm läßt sich auf diese Weise mit auffallender Leichtigkeit wieder einrichten.

In früheren Jahren folgte ich der Mothe'schen und der gewöhnlichen Cooper'schen Methode. Die Reposition gelang meistens nur mit der größten Schwierigkeit und war für Arzt und Patienten eine Quälerei. Später sah ich mich in einem Falle von Luxatio humeri bei einem herkulisch musculösen Pferdeknechte, bei dem selbst unter Beihülfe eines zweiten Arztes die Reposition nicht gelingen wollte, zur Anwendung der Chlorformnarkose genötigt, und es war jetzt ein Kinderspiel, den Arm nach dem gewöhnlichen Cooper'schen Verfahren einzurichten, nachdem dieselbe Methode vorher ohne Narkose versagt hatte. Die Leichtigkeit des Erfolges bewog mich von da an, der Reposition jedesmal die Chloroformnarkose vorhergehen zu lassen. Die Einrichtung gelang auf diese Weise jedesmal leicht; doch hatte dies Verfahren den Uebelstand, daß eben die Chloroformnarkose angewandt werden mußte. Einesteils war nun stets ein zweiter Arzt zur Einleitung und Ueberwachung der Narkose nötig, sowohl der Wohlfahrt des Kranken, als auch des operierenden Arztes selbst wegen, da demselben in der Privatpraxis kaum etwas Schlimmeres passieren könnte, als wenn der Operierte nicht wieder aus der Narkose erwachte; andernteils wird der Patient durch die Narkose einer immerhin nicht zu unterschätzenden Gefahr ausgesetzt, die zu vermeiden, ein Gewinn sein würde. Ich verfiel deshalb auf das oben beschriebene Verfahren, welches unbeschadet der leichten Reposition der Verbindung mit der Narkose nicht bedarf, da es ohne diese dieselbe Leichtigkeit des Erfolges sichert, wie andere Metoden in Verbindung mit der Narkose.

Der Vorteil der von mir modifizierten Cooper'schen Methode beruht darauf, daß bei der Bauchlage des Patienten der Operateur mit Leichtigkeit die Extension des luxirten Armes in der Richtung nach hinten ausführen kann, ja, daß bei dieser Gruppierung kaum andere, als die richtigen Zugdirektionen möglich sind, während bei der Rückenlage des Patienten der Zug nach hinten nicht gut ausführbar ist, teils weil der Fußboden nach dieser Richtung im Wege ist, teils weil, wenn auch der Patient in der Rückenlage an den Rand der Bettstelle gelagert würde und so zum Zuge

Digitized by Google

nach hinten auch freier Raum bliebe, auch in diesem Falle die Stellung des Operateurs selbst ihm den Zug nach dieser Richtung (nach hinten) weniger handlich macht.

Das mitgeteilte Verfahren ist für die Luxation nach vorn berechnet, welche bekanntlich häufig vorkommt, während die Luxation nach hinten sehr selten ist. Für diese letztere bliebe natürlich die gewöhnliche Cooper'sche Methode die zweckmäßigste, weil sie umgekehrt die hier notwendige Extension in der Richtung nach vorn erleichtert und gleichsam mit sich bringt. Für die Luxation nach vorn ist aber die von mir modifizierte Cooper'sche Methode die zweckmäßigste und läßt in Rücksicht auf Einfachheit und Leichtigkeit des Erfolgs nichts zu wünschen übrig. Sie hat sich mir auch bei Individuen von starker und kräftiger Muskulatur, unter anderen bei einem herkulischen Bierbrauer bewährt.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Was ist von der Formalinmilch zu halten? Von Dr. C. S. Engel in Berlin. (Ztschr. f. ärztl. Fortbldg.) Nachdem bis vor wenigen Jahren die Sterilisation als beste Zubereitungsart der Milch für Säuglinge angesehen worden ist, mehren sich seit einiger Zeit die Stimmen, welche die starke Erhitzung der Milch verwerfen und in denjenigen Fällen, wo das Kind nicht mit menschlicher Milch ernährt werden kann — was unter allen Umständen zu erstreben ist —, die rohe Kuhmilch für die beste Säuglingsnahrung ansehen. Der Grund hierfür liegt einmal in den Veränderungen, die das Milchalbumin durch das Kochen erleidet, besonders aber darin, daß durch die starke Erhitzung einige die Milchbakterien in der Entwicklung hemmende Stoffe zugrunde gehen sollen. Insbesondere stellt v. Behring neuerdings die Behauptung auf, daß frische, rohe Milch direkt baktericide Eigenschaften gegenüber den Bakterien der Coligruppe besitzt und daß diese wichtige Eigenschaft durch das Kochen zum Schaden des Säuglings verloren geht. v. Behring geht jedoch noch weiter. Um auch älterer Milch die baktericiden Substanzen zu erhalten, schlägt er vor, derselben etwas Formalin zuzusetzen und diese Formalinmilch den Kindern ungekocht zu reichen, da durch den Formalinzusatz die Milch auf einige Tage vor bakteriellen Veränderungen geschützt sei.

Diese Angaben, soweit sie das Bakterienwachstum betreffen, hat Kolle mit seinen Mitarbeitern Kutscher, Friedel und Meinicke nachgeprüft. Die in einer großen Anzahl von Untersuchungen gefundenen Ergebnisse er-

Digitized by Google

ſcheinen so wichtig, daß sie an dieser Stelle in Kürze wiedergegeben werden sollen.

Die bakteriologiſchen Untersuchungen, die mit Bakterium coli, Typhus, Paratyphus, B. enteritidis, Dysenteriebazillen und Choleravibrionen vorgenommen worden sind, suchten drei Punkte klarzustellen: 1. die Widerstandsfähigkeit der pathogenen Bakterien in Milch gegen Erwärmung auf verſchiedene Temperaturen; 2. die baktericiden und entwicklungshemmenden Wirkungen der rohen und der auf verſchiedene Temperaturen erwärmten Milch gegenüber den obengenannten Bakterien; 3. die Wirkung des Formaldehyds auf die Haltbarkeit der Milch, die Milchbakterien (Säuerungsgrade) und verſchiedene pathogene Bakterien.

Was den ersten Punkt betrifft, so ergab eine große Anzahl von Untersuchungen, daß eine Erhitzung der Milch auf 60° C während 10 bis 15 Minuten genügt, um alle obengenannten Bakterien abzutöten. Im Haushalt, wo das Thermometer wohl nie verwendet werden wird, genügt ein kurzes Aufkochen der Milch.

Ueber Punkt 2 äußert sich Kolle in seinem zusammenfassenden Resümee folgendermaßen: „Die zahlreichen Versuche, welche sich auf das Verhalten der Typhusbazillen, Choleravibrionen usw. in der friſchen, rohen, keimartigen Kuhmilch und in Marktmilch beziehen, haben ergeben, daß keimtötende Wirkung, ähnlich derjenigen friſchen Rinderblutes oder Serums, der Milch in nicht geringem Grade gegenüber den Choleravibrionen zukommt. Auf die übrigen untersuchten Bakterienarten konnten trotz vielfach veränderter Versuchsanordnung keimtötende Einflüsse der Milch nicht nachgewiesen werden. Entwicklungshemmende Eigenſchaften besitzt friſche rohe Milch in geringem Grade gegenüber den Dysenteriebakterien. Durch einstündige Erhitzung der Milch auf 60° C wird diese Eigenſchaft nicht verringert, durch Erhitzung von mehr als 70° zerstört. Auf die übrigen untersuchten Bakterien ist auch die entwicklungshemmende Wirkung der rohen Milch nicht nennenswert. Die für Cholera baktericiden Stoffe der Milch werden durch Kochen zerstört, durch Erhitzen auf 60° abgeſchwächt, durch Verdauen mit Salzsäure, Pepsin und Speichel wenig beeinflußt."

Kolle ſchließt aus den Versuchen, die mit früheren von Buchner, Hahn u. a. über die Alexine der Milch übereinstimmen, daß „die Vorzüge, welche der Genuß roher Milch für die Ernährung der Kinder und Säuglinge besitzen soll, auf direkten Wirkungen der Milch gegenüber den Darmbakterien, pathogenen, sowie den gewöhnlichen, vor allem dem Bact. coli, nicht beruhen können. Die Schlußfolgerungen, welche v. Behring an die Beobachtungen über Zusammenhang von Kälbersterben und Ernährung mit Formal-

Digitized by Google

dehydmilch und die in ihr enthaltenen bakterienfeindlichen Stoffe knüpft, dürften nicht stichhaltig sein."

Sehr eingehend beschäftigen sich Kolle und seine Mitarbeiter mit der Wirkung des Formalinzusatzes auf das Wachstum der Bakterien in der Milch. Auf Grund einer Anzahl von Tabellen, welche für die Sorgfalt, mit welcher die Untersuchungen vorgenommen worden sind, Zeugnis ablegen, kommt Kolle zu folgenden Ergebnissen: „Durch den Zusatz von Formaldehyd von 1 : 25—40000 wird der Milch eine größere Haltbarkeit verliehen. In den beiden ersten Tagen bleibt, wenn die Milch anfänglich keimarm war, die Bakterientwicklung eine geringe, verglichen mit einer Probe der gleichen Milch ohne Zusatz von Formaldehyd, sowohl bei Zimmer- wie bei Eistemperatur. Vom 3. Tage ab beginnt allerdings die Bakterienvermehrung, wenn die Aufbewahrung der Milch bei Zimmertemperatur erfolgt, in stärkerem Maße auch bei der Formaldehydmilch, wobei ohne Veränderung der Milch in ihrem Geschmack oder Aussehen die Säuerung verhältnismäßig wenig zunimmt. Es werden in erster Linie die Milchsäurebakterien durch das Formaldehyd am Wachstum verhindert.

„Aus dem Säuregrad der Formaldehydmilch läßt sich nicht wie bei frischer Milch der Grad ihrer Zersetzung bzw. Frische bestimmen. Die Formaldehydmilch wird länger an der Gerinnung verhindert, trotzdem die Bakterienvermehrung eine enorme sein kann. Es kann also sehr gefährlich werden, wenn Formaldehydmilch nach dem Vorschlage v. Behrings im Großbetriebe hergestellt, zur Säuglings- und Kinderernährung benutzt werden soll. Denn es wird den Kindern ein Milchpräparat verabreicht, das nach Aussehen und Geschmack der frischen Milch äußerst ähnlich ist, aber chemische Stoffe sowie Bakterien, z. B. Flügge's peptonisierende Bakterien, in solcher Menge enthalten kann, wie wir sie in verdorbener oder saurer Milch zu finden gewohnt sind."

Aus diesen Untersuchungen ergibt sich zur Evidenz, daß das Formalin die Milch nicht nur konserviert, sondern sogar geeignet ist, sie giftiger zu machen, als sie es ohne Formalinzusatz werden kann. Ob Formalin längere Zeit hindurch ohne Schädigung des Verdauungsapparates genommen werden kann, muß ohnedies noch bewiesen werden.

II. Medicin.

Zur Frage der Disposition bei Tuberkulose. Von Geheimrat Prof. Orth, Berlin, nach einem Vortrag, gehalten in der Sitzung der Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin. Die Frage nach der Bedeutung der Disposition

Digitized by Google

für die Tuberkulose hat seit Alters her das Interesse der Praktiker wie der wissenschaftlichen Forscher erregt und ist niemals aus der wissenschaftlichen Diskussion verschwunden gewesen. Insbesondere haben die deutschen Phathologen stets die Bedeutung der Disposition gewürdigt, wie jeder Blick in ein deutsches Lehrbuch der allgemeinen oder speziellen pathologischen Anatomie oder in die Verhandlungen des X. internationalen medizinischen Kongresses beweist. O. hat jährlich in seinen Vorlesungen bei verschiedenen Gelegenheiten die große Bedeutung der verschiedenen Formen der Disposition gerade für die Tuberkulose ins rechte Licht zu setzen gesucht. Dabei war er stets bemüht, mit dem Worte Disposition oder Prädisposition einen möglichst faßbaren Begriff zu verbinden, gegen die Vorstellung anzukämpfen; daß man es, wie Cohnheim sich ausdrückte, hier mit einer gegebenen, jenseits der Grenzen wissenschaftlicher Untersuchungsmöglichkeit gelegenen Größe zu tun habe, die von weiteren Forschungen eher abschrecke, als zu denselben einlade. O. hat schon vor langer Zeit die Disposition zu der Tuberkulose mit der Konstitution des betreffenden Individuums in Zusammenhang gebracht. Er versteht unter Konstitution den Bau, die Zusammensetzung des Körpers und seiner Gewebe, sowie die damit in Zusammenhang stehenden Stoffwechselvorgänge in ihrer Gesamtheit, und wenn er sagt, die Schwerinfizierbarkeit des Hundes mit Tuberkulose sei dadurch zu erklären, daß die Gewebe desselben besser konstituiert seien als diejenigen der hochempfänglichen Tiere, so solle das nur heißen, daß die Gewebe gemäß ihrer besonderen morphologischen und biologischen Eigenschaften gegenüber der tuberkulösen Krankheitsursache weniger leicht geschädigt werden, bessere Abwehrmittel besitzen, kurzum zum Kampfe besser gerüstet seien. Es handelt sich also um relative Eigenschaften der Gewebe, die Konstitution, der feinere Bau und der Stoffwechsel der Gewebe kann gegenüber der einen Krankheitsursache eine schlechte, gegenüber einer anderen eine bessere und selbst eine sehr gute sein. Es ist dabei ganz gleichgiltig, ob der Eintritt der Bazillen in den Körper begünstigt ist, oder ob der Körper oder ein Teil desselben leichter geschädigt wird, oder ob die Abwehrvorrichtungen unzureichend erscheinen. Auf den Bau und den Stoffwechsel der Gewebe kommt es überall an, wo eine Krankheitsdisposition in Frage steht, nicht nur in denjenigen Fällen, wo eine sichtbare pathologische Veränderung der Zirkulation, der Ernährung usf. die Grundlage der Disposition bildet, sondern auch in jenen, wo eine solche sichtbare Veränderung fehlt und demnach nur die feinsten Verhältnisse in Betracht kommen können. Damit ist aber auch der weiteren Forschung der Weg gezeigt:

Digitized by Google

es müssen morphologische und chemische Besonderheiten da vorhanden sein, wo Verschiedenheiten der Disposition sich zeigen. Von der Erkennung der feineren morphologischen und biologischen Grundlagen der Disposition sind wir freilich noch weit entfernt und vorläufig müssen wir zufrieden sein, wenn es gelingt, Beweise für das Bestehen einer Disposition zu bringen und dabei vielleicht gröbere Veränderungen der Gewebe als Grundlage nachzuweisen.

Am ehesten wird es beim Menschen möglich sein, Beweise für eine örtliche Disposition zu erbringen. Ueber eine lokale Disposition der Lungenspitze und ihre Ursachen ist im Winter 1901/02 in der medizinischen Gesellschaft zu Berlin im Anschluß an einen Vortrag von Freund länger diskutiert worden. Es handelt sich um das verschiedene Verhalten der oberen und unteren Lungenabschnitte bei der disseminierten akuten Miliartuberkulose. O. hat darüber in seinem Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie gesagt: „Die Tuberkel zeigen je nach ihrem Sitz bemerkenswerte, wenn auch manchmal nur geringfügige Verschiedenheiten. In den Unterlappen nämlich sind sie regelmäßig kleiner, submiliar, fast immer noch grau, selbst durchscheinend, also offenbar ganz jung, in den Oberlappen dagegen umfangreicher, wirklich hirsekorngroß, aber auch wohl größer, um so mehr, je näher der Lungenspitze sie gelegen sind. Gleichzeitig ändert sich mit der Grösse die Farbe, sie werden opak, hellgrau, weißgrau, gelbgrau, endlich im Zentrrum deutlich gelb, nekrotisch. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt außer den allgemeinen Befunden ebenfalls Verschiedenheiten zwischen unteren und oberen Lappen, indem die größeren Knötchen der letzteren häufiger als Tuberkel-Konglomerate sich erweisen und in der Regel von einer mehr oder weniger breiten Zone käsiger Pneumonie umgeben sind, welche gelegentlich sogar eine lobuläre Ausdehnung erfahren kann. Alles weist sonach darauf hin, daß die Knötchen in Oberlappen etwas älter sind als im Unterlappen, daß also offenbar, da in der Zufuhr der Bazillen ein Unterschied nicht wohl sein hann, hier eine größere Vulnerabilität, geringere Wiederstandskraft, kurz eine Disposition zur Erkrankung bestand."

Es ist seit Langem bekannt, daß bestehende krankhafte Veränderungen für die Lokalisation von tuberkulösen Erkrankungen bedeutungsvoll sein, d. h. eine örtliche Dispositon für Tuberkulose erzeugen können.

Ein Beitrag zu den Untersuchungsmethoden der Leber und Gallenblase bei Cholelithiasis. Von F. Fink. Die Untersuchungsmetoden der Leber und der Gallenblase bei Cholelithiasis teilt F. in drei Gruppen:

Digitized by Google

1. Bei ſchlaffen und magerem Bauchdecken wölbt der medianwärts gelegene Teil des rechten und die Vorderfläche des linken Leberlappens pie Bauchdecken in der verlängerten Parasternal- und Medianlinie der Magengegend vor. Man sieht den Leberrand als einen vom rechten zum linken Rippenbogen ſchräg oder mehr horizontral verlaufenden Wulst, der bei den Respirationsbewegungen abwechselnd deutlicher vortritt und zurücksinkt. Werden die vier Finger der linken Hand zart auf den so kenntlichen Leberrand gelegt, so kann man denselben unter den Rippenbogen und unterhalb desselben verfolgen, bei vergrößerter Gallenblase den Pol derselben in der Inzisur tasten. Zugleich gibt ein mäßiger Druck Aufſchluß über die Empfindlichkeit der Leber und der Gallenblase. Der Befund über die Empfindlichkeit der bezeichneten Organe gewinnt dadurch an Sicherheit und Klarheit, daß man die rechte Hand in die Reg. lumbal, an der Thoraxapertur, an den falſchen Rippen und oberhalb derselben anlegt und nun mit leichten, zarten Stößen oder durch vibrierende nach der vorderen Bauchwand gerichtete Bewegung die Leber der linken, an der vorderen Bauchwand gelegenen Hand entgegen bewegt. Durch dieses Manöver erhält man Leber und Gallenblase zwiſchen die Finger der beiden Hände und gewinnt über die Größe, über die Konsistenz und über die Empfindlichkeit ein klares Bild. Sind kurz vor der Untersuchung Gallensteinanfälle vorausgegangen oder bildet die Gallenblase einen deutlich tastbaren Tumor oder ist die Leber zufolge eines akuten Choledochusverſchlusses geſchwollen, so fühlt man bei vorhandenen Veränderungen in der Blase, bei der Schmerzhaftigkeit der ganzen Leber die Muskeln der rechten Bauchwand mehr oder weniger gespannt, während die linke Seite ſchlaff ist.

2. Sind die Bauchdechen kräftig entwickelt, fettreich, die Grenzen der unteren Thoraxapertur des Brustkorbes durch Fett verdeckt, kommt der Thorax und Unterleib in eine Ebene zu liegen, dann bietet die Bestimmung der Veränderung der Leber Schwierigkeiten, welche jedoch durch Anwendung der Palpation in ihren verſchiedenen Modifikationen überwunden werden können. Zunächst wird bei ruhiger Respiration, flektiertem Knie und entspanntem Muskel die linke Hand auf die vordere Fläche der Bauchwand gelegt, bald dem Rippenbogen, bald der Nabelhorizontale mit zartem Druck genähert. Bei mäßigem Pannic. adip. und vollständig entspannter Bauchwand gelingt es auch hier, die respiratoriſcen Bewegungen des Leberwulstes, insbesondere das respiratoriſche Herabgleiten des Leberrandes als Wulst an der vorderen Bauchwand zu tasten.

Eine Kontrolle dieses Tastbefundes ergibt die Palpation

Digitized by Google

in einer anderen Modifikation. Legt man bei mäßig flektiertem Knie den linken Vorderarm auf die Oberschenkel, so daß die Handwurzel auf und etwas oberhalb der Symphyse sich stützt, und die fünf Finger der linken Hand in einem Raum zwischen Nabelhorizontale und Rippenbogen zu liegen kommen, so kann man die respiratorischen Bewegungen des Leberwulstes tasten, insbesondere wiederum das inspiratorische Tiefertreten an der vorderen Bauchwand verfolgen. Dabei ist ein leichtes Eindrücken der Bauchwand mit gleichzeitiger, den Leberrand auffchaufelnder Bewegung für die Wahrnehmung der Größe und Beschaffenheit des Leberrandes, das Verhalten der Gallenblase zum Leberrand, das Hervortreten über denselben von Wichtigkeit. Die Beschaffenheit der Leberoberfläche gewinnt an Klarheit.

Eine weitere Kontrolle dieses Befundes gibt die oktodigitale Untersuchung der Leber, ihres Randes, ihrer Oberfläche und der Gallenblase. Sie wird in der Weise ausgeführt, daß man sich an die linke Seite des Patienten stellt und mit leicht flektierten, hintereinander gelegten Fingerreihen die Bauchwand in der Art palpiert, daß die symphysenwärts gelegene rechte Fingerreihe die Muskelspannung paralysiert, während die obere nach dem Rippenbogen zu gelegene Fingerreihe der linken Hand die feine, tiefe Tastempfindung besorgt. Die rechte übernimmt also den Muskel, die linke die Abtastung des Leberrandes und der Gallenblase unter dem entspannten Muskel.

Die schließliche Kontrolle dieser beschriebenen drei Modifikation bildet die bei 1, besprochene bimanuelle Untersuchung, wobei den Fingern der mit der Respiration auf- und abgleitenden, die Leber und Blase kontrollierenden linken Hand mit der rechten von rückwärts die Leber entgegengedrückt wird, so daß die ganze Lebermasse zwischen die Finger der beiden Hände zu liegen kommt und so durch abwechselndes Gegenspiel in Form von Konsistenz und Druckempfindlichkeit einer genauen Beurteilung unterworfen wird.

Besteht eine Entzündung in der Gallenblase oder ist die Leber äußerst empfindlich, so weisen auch hier der Musc. rect. abdom. dexter und die übrigen Bauchmuskeln in der Insertion am rechten Rippenbogen einen verstärkten Tonus auf. An der linken Körperhälfte fehlt derselbe. Während diese Veränderung bei den Patienten der ersten Gruppe oft auch schon durch den Gesichtssinn wahrnehmbar wird, ist sie bei Kranken der zweiten Gruppe wegen der zu dicken Bauchdecken nur durch die Palpation festzustellen.

3. Bei übermäßigem Fettreichtum der Patienten bei stark entwickeltem Pannic. adipos. und überreichlicher Ansammlung von Fettmassen in der Bauchhöhle bietet die

Digitized by Google

Bestimmung des Befundes an der Leber und Gallenblase große Sshwierigkeiten. Für solche Fälle gewährt aliein die bimanuelle Untersuchung die Möglichkeit zur Bestimmung ihrer unteren Grenze. Bringt man die beſchriebenen Untersuchungsmetoden an der linken Körperhälfte in Anwendung, so haben die beiden Hände den Eindruck einer weichen, ſchwammigen Masse, während bei Anwendung der Untersuchungsmetode auf der rechten Seite in der diffus ſchwammigen Masse die Leber sich als Gebilde von festerer Konsistenz abhebt und von der rechten an der hinteren Thoraxfläche liegenden Hand nach der vorderen ballotierend geworfen wird. Dadurch wird die linke an der vorderen Bauchwand in die Lage versetzt, die untere Grenze herauszufühlen, wobei die sich merklich fühlbar machende Empfindlichkeit der Leber wesentlich zur Bestimmung dieser Grenzen beiträgt. — (Wien. klin. Wochenſchr. 04. 50.)

Salvia officinalis gegen Nachtschweiss. Durch die große Zahl neuer Arzneimittel, die die Chemie in die Praxis eingeführt hat, wurden viele zum Teil gut bewährte Mittel pflanzlicher Natur fast völlig aus der Therapie verdrängt. Zu ihnen gehört beispielsweise die Salvia officinalis, von welcher die älteren Pharmakologen bereits anzuführen wußten, daß sie bei Nachtſchweißen der Phthisiker hervorragende Dienste leiste. In neuester Zeit wurde diese Angabe von Krahn bestätigt. (La Semaine méd. 1896, 15. August) N. Th. Baimakoff unterzog das Mittel einer genaueren Nachprüfung; er wandte die Salbeiblätter bei 20 Phthikern an, die alle in ihrem Sputum zahlreiche Tuberbazillen aufwiesen. 6 von ihnen hatten große Cavernen, 4 litten an profusen Nachtſchweißen, die übrigen an starken, erſchöpfenden Schweißausbrüchen. Das Mittel wurde entweder als Infus. fol. Salv. offic. $8{,}0 : 200{,}0$ 4 mal täglich ein Eßlöffel oder als offizinelle Tinktur 3—4 mal täglich 20—30 Tropfen gegeben. Wie aus den angeführten Krankengeſchichten zu ersehen ist, hörten bei 2 an profusen Nachtſchweißen leidenden Patienten nach der Einnahme des Salbeiblätterinfuses die Schweißausbrüche sofort auf, bei beinem wurden sie erheblich geringer, während beim vierten das Mittel ohne Erfolg war und der Patient bis zum Tode von seinen Nachtſchweißen geplagt wurde. Von den übrigen 16 Kranken wurden 13 von ihren starken Nachtſchweißen völlig befreit, 3 erhielten nur geringe Besserung. Auf Grund dieser Erfahrungen glaubt Verfasser die Salvia officinalis bei der Behandlung der Nachtſchweiße aufs neue empfehlen zu können. — (Therap. d. Gegenwart.)

Digitized by Google

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Zur Behandlung eingeklemmter Brüche. Von Dr. W. Klink-Berlin (Aerztl. Praxis 22/04). Man muss drei Formen der Einklemmung unterscheiden: 1. Obturation: das Darmlumen ist noch nicht ganz unwiederruflich geschlossen, der Durchtritt von Gasen ist noch möglich; 2. Inkarzeration: der Darm hat noch genügend Platz, Gase und Kot kommen aber nicht herein oder hinaus; 3. Strangulation: sowohl Kot- als Blutzirkulation ist aufgehoben. — Könnte man die leichteren Formen sicher erkennen, so wäre in diesen der Versuch einer Reposition erlaubt; leider sind wir zu einer sicheren Diagonose in dieser Richtung nicht fähig. Ferner kann der herbeigerufene Arzt immer sicher sein, dass der Kranke schon reichliche Taxisversuche selbst gemacht hat, ehe er den Arzt holen ließ, der Darm also schon schwer geschädigt sein kann.

Wenn man bedenkt, dass die Mortalität der Herniotomie noch immer eine so relativ hohe ist. während die Radikaloperation zu einem ungefährlichen Eingriff geworden ist, so kann man nicht umhin, auch der Taxis einen Teil der Schuld an diesem ungünstigen Verhalten zuzuschreiben. Die schwere Schädigung der eingeklemmten Darmschlinge wird noch zu viel der Einklemmung als solcher, zu wenig der üblen Zurichtung durch die Taxis in die Schuhe geschoben.

Auch Riepel ist ein absoluter Gegner der Taxis. Er schreibt (Münch. med. Wochenschr. 1903, p. 2036): „Ich habe seit 21 Jahren keine Hernie mehr reponiert; die Kranken sind sämtlich operiert worden. Und der Verlust infolge der Operation? Einen einzigen Kranken habe ich von ca. 400 an den Folgen der Operation verloren, er starb vier Wochen nach derselben an einer Wundrose; dagegen habe ich fünf Kranke verloren, denen man die Därme durch forcierte Taxisversuche gesprengt hatte, noch weit mehr solche, die mit brandigen Därmen eingebracht wurden."

Krafft fasst die Grundsätze der Rostoker Klinik folgendermassen zusammen: „Ganz scharfe Grenzen für die Indikation der Taxis sind leider nicht zu ziehen. A priori zu unterlassen ist die Taxis zweifellos bei Incarceratio elastica, wo einzig und allein sofort zu operieren ist, ferner aber auch in den Fällen von Incarceratio stercoracea, bei denen die Bruchpforte nur mittelweit ist oder schon sehr ausgesprochene Allgemeinerscheinungen, Erbrechen, Kollaps, kleiner Puls bestehen. Erlaubt wäre demnach ein schonender Taxisversuch nur in den Fällen von Incarceratio stercoracea, wo die Bruchpforte sehr weit, der Darminhalt breiig und das Allgemeinbefinden noch gut ist. In irgend

Digitized by Google

zweifelhaften Fällen aber tut man besser, selbst von ganz schonenden Taxisversuchen abzustehen und sofort zur Operation zu raten."

Einen sehr nachahmenswerten Standpunkt nimmt auch Tillmanns (Lehrbuch d. speziell. Chirurgie 1899) ein: „Eine eingeklemmte Hernie darf nur dann durch die Taxis reponiert werden, wenn man sicher ist, dass der eingeklemmte Darm noch keine tiefergehenden Ernährungsstörungen drlitten hat. In allen zweifelhaften Fällen wird man zum Messer greifen, die Herniotomie auszführen und die Taxis nur dann anwenden wenn die Einklemmung erst ganz kurze Zeit besteht und noch keinerlei bedrohliche Erfcheinungen lokaler oder allgemeiner Natur vorhanden sind. Eine bestimmte Zeit, bis zu welcher die Taxis noch ausführbar ist, lässt sich nicht angeben. Kleine, fest eingeklemmte Hernien eignen sich schon nach wenigen Stunden nicht mehr für die Taxis, während bei sehr grossen eingeklemmten Hernien der Darm oft noch nach mehreren Tagen in durchaus gutem Zustande ist, so dass er reponiert werden kann".

Auch Witzel, dessen Ansicht von Wenzel wiedergegeben wird (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg. 1904, Nr. 7) ist ein Gegner der Taxis und hält sie für ein veraltetes Verfahren.

Aus all dem Gesagten geht hervor, dass die Gegner der Taxis beständig zunehmen. Grund ist nicht die Operationslust der Chirurgen, denn die Chirurgie war niemals konservativer als heutzutage. Grund sind die grossen Gefahren, die eine jede Taxis in sich schliesst, da der Arzt dabei immer im Dunkeln arbeitet und in den folgenden Stunden nie weiss, welches der Ausgang sein wird. Daneben kommt allerdings die sichere Beherrschung der Asepsis und der Operationstechnik, die bessere chirurgifche Bildung der Aerzte in Betracht, die eine Herniotomie bald nach der Einklemmung als einen vollkommen harmlosen Eingriff betrachten lässt. Bei der Herniotomie kann man fast immer sofort die Radikaloperation anschliessen und befreit so den Kranken von seinem Bruchleiden und bewahrt ihn vor den Gefahren einer neuen Einklemmung. Jedenfalls sollte in einem Krankenhaus keine Taxis mehr versucht werden. In der Landpraxis wird ja die Taxis nie ganz ausgerottet werden, obwohl auch hier eine Herniotomie eine kleine Operation genannt werden muss, die leicht auszuführen ist. wenn sie bald nach der Einklemmung vorgenommen wird und nicht erst die beste Zeit mit Repositionsversuchen, dieser tätigen Untätigkeit, vertrödelt wird. Die Asepsis ist bekanntlich im Bauernhause sehr zut zu wahren.

Digitized by Google

Ausserdem giebt es jetzt überall auf dem Lande kleine Krankenhäuser, wohin der Kranke leicht geschafft werden kann. Eine Incarceratio elastica soll nie Taxisversuchen unterworfen werden.

Ebenso streng verboten sind Repositionsversuche bei Littreschen Hernien. Hier kommt allerdings die Schwierigkeit der Diagnose sehr in Betracht.

Will man die Taxis versuchen, so soll man folgendermaßen verfahren: Die Blase ist vorher event. mit Katheter zu entleeren. Der Mastdarm ist desgleichen durch einen Einlauf zu entleeren. Eine Magenspülung ist vorauszuschicken, ganz besonders gründlich bei Koterbrechen. Während der Taxis soll das Becken höher liegen als der Kopf, Beine und Kopf gebeugt zur Entspannung der Bauchdecken. Sehr zu empfehlen ist, die Taxis in einem warmen Bade vorzunehmen, wegen der erschlaffenden Wirkung des Bades. Die Narkose wird auch nicht immer ganz zu umgehen sein, nur muss man sich dabei vor zu großer Kraftentfaltung hüten, da der Kranke ja keine Schmerzen äußert. Gelingt die Taxis in der Narkose nicht, so soll sofort die Operation angeschlossen werden.

Bei der Ausführung der Taxis umfaßt eine Hand den Stiel der Hernie und zieht leicht an, während die andere Hand mit den Fingerbeeren einen nicht zu starken, aber stetigen Druck auf den Bruchinhalt ausübt, der dem Bruchsackhals am nächsten liegt. Eventuell muß man mit den Fingern beider Hände zugleich arbeiten. Man muß darauf achten, daß der gedrückte Darm sich nicht pilzförmig am Einklemmungsring umwulstet, wodurch der Druck unwirksam wird. Oft ist es zweckmäßig, den Darm während des Druckes nach verschiedenen Seiten abzuziehen; die zweckmäßigste Seite ist auszuproben. Darmgeräusche sind ein günstiges Zeichen. Hat man ein Ende reponiert, so muß die aufgesetzte Hand es am neuen Heraustreten hindern. Ist die Hernie reponiert, so verhütet ein Bruchband oder eine Spica coxae mit Kreuzung in der Bruchgegend (Spica taxis) ein neues Heraustreten.

Gelingt die Taxis nicht, dann ist die Herniotomie am Platz. Daß man auch ohne die Einrichtungen eines modernen Krankenhauses gute Erfolge bei der Herniotomie haben kann, zeigte Dieffenbach, der seine Herniotomien zumteil in der Sprechstunde, sonst aber an jedem Platze, wo der Kranke sich befand, ausführte. Einen Teil seiner guten Erfolge wird er ja allerdings seiner geschickten Hand zu verdanken gehabt haben. Zum großen Teil ist er aber auch seiner Operationsmethode zuzuschreiben: Er legt den Bruchsack frei, eröffnete ihn, schnitt den einklemmenden Ring ein, reponierte den Darm und bedeckte die offen gelassene Wunde

Digitized by Google

mit Charpie und Verband. Aus seiner Bemerkung über Guérins Herniotomia externa geht hervor, daß er zu seiner Herniotomie in unkomplizierten Fällen nur wenige Minuten gebraucht hat.

Aus dem Dieffenbachschen Verfahren kann der praktische Arzt viel lernen. Er kann in den einfachsten Verhältnissen aseptisch operieren. Nach gründlicher Reinigung der Haut, die überall durchführbar ist, wird mit ausgekochten Instrumenten gearbeitet. Gelegenheit zum Auskochen wird sich wohl überall finden. Die Wunde soll womöglich nicht mit dem Finger berührt werden. Eine Berührung des Darms bei der Reposition läßt sich ja nicht umgehen. Hier soll man den Darm mit Gazetupfern anfassen oder mit Gummifingern. Die zur Operation nötige Gaze wird vorher in Kochsalzlösung ausgekocht und bleibt während der Operation in der Salzlösung liegen. Außerdam ist fertig sterilisierte Gaze im Handel zu haben. Ist der Operateur sich seiner Asepsis nicht ganz sicher, so kann er die Wunde vor dem Schluß mit Sublimat auswaschen, ohne das Peritoneum oder den Darm zu berühren, oder läßt, wie Dieffenbach, die Wunde offen. Jedenfalls soll er, wenn er die Wunde näht, ein Drain einlegen. Diese Beschreibung paßt natürlich nur für Operieren unter bescheidenen Verhältnissen.

Wenn irgend möglich, soll die Allgemeinnarkose, besonders bei alten Leuten, vermieden werden und unter Schleichscher Lokalanästhesie gearbeitet werden. Doch hat die letztere bei großen Hernien und bei nicht ganz einfachen örtlichen Verhältnissen ihre grosson Schattenseiten, namentlich für den Arzt, der nicht viel mit Lokalanästhesie arbeitet. Es käme hier aber sehr eine der neueren Methoden, etwa die Morphin-Scopolaminnarkose, in Betracht. Wenn eine Inhalationsnarkose ausgeführt wird, so ist der Magen vorher gründlich auszuspülen und während der Operation durch Tieflagerung des Kopfes einer Aspiration erbrochener Massen vorzubeugen. Todesfälle während der Narkose hierbei sind durchaus nicht selten; dazu kommt, wenn der Tod nicht sofort eintritt, die Gefahr einer Aspirationspneumonie, Lungenabszess u. s. w., die sich anschliessen können.

Der Verband, der die offen gelassene Wunde bedeckt, kann, wenn kein Fieber oder Durchtränkung des Verbandes eintritt, ruhig 5—6 Tage liegen bleiben. Ist der Darm freigelegt und wieder durchgängig, gibt aber seine Beschaffenheit Bedenken gegen eine Reposition, so bedeckt man ihn mit feuchten Kochsalzkompreseen und lässt ihn vorgelagert; darüber kommt ein Verband. Nach 6—12, spätestens nach 24 Stunden wird man über das Schicksal der fraglichen Darmschlinge im klaren sein. Für die Entscheidung. ob die

Digitized by Google

frisch freigelegte Darmschlinge reponiert werden darf oder nicht, ist weniger die Farbe des Darmes als die Beschaffenheit des Endothelüberzuges massgebend.

Sollte es sich herausstellen, dass die Beschaffenheit des Darmes eine Reposition nicht erlaubt, so wird der nicht Spezialchirurg am besten nach Erweiterung des einschnürenden Ringes den Darm eröffnen, denn für ihn handelt es sich um Beseitigung der momentanen Lebensgefahr. Vorher wird der Zugang zur Bauchhöhle und die Wunde durch sorgfältige Tamponade abgeschlossen. Entleeren sich nicht gleich reichlich Gase und Kotmengen, so führt man ein Schlundrohr in seiner ganzen Länge in den erweiterten zuführenden Schenkel und spült mit Wasser, bis alles klar abläuft. Dann bleibt die Darmschlinge vorgelagert, Der Spezialchirurg muss aber bald die Behandlung übernehmen, da ein derartiger Anus praeternaturalis, wenn er hoch sitzt, den Menschen ausserordentlich schnell erschöpft, in wenigen Tagen häufig schon. Wenn zwei Tage nach Anlegung der Enterostomie der Darm gut durchgängig ist und jenseits der Gangrän gesund ist, so soll dann die Darmresektion gemacht werden. Auch der Fachchirurg kann sich zur Anlegung eines Anus praeternaturalis veranlasst sehen, wenn er nicht, wie Petersen vorschlägt, eventuell kolosale Stücke Darm primär resezieren will. Hat sich die Gangrän abgegrenzt, so kann man immer noch resezieren und kommt mit kleineren Stücken gewöhnlich aus. Sollte der Kranke sehr erschöpft sein, so kann man ihn noch mit subkutanen Infusionen, einer Kochsalzlösung, mit Oel und Eiweisskörpern, wie sie auf dem vorjährigen Chirurgenkongress Friedrich warm empfohlen hat, einige Tage über Wasser halten. Auch im Krankenhaus soll man, wenn die Intoxikation noch nicht zu gross und Peristaltik noch nachzuweisen ist, in den Fällen von Gangrän und Erweiterung des zuführenden Schenkels den Darm vorlagern und erst am zweiten Tage resezieren, wenn aber die Darmlähmung und Intoxikation eine schnelle Entleerung erfordert, den Anus praeternaturalis mit sekundärer Resektion nach zwei Tagen ausführen. Hier kommt allerdings, wenn der Kräftezustand es erlaubt, Ausschaltung der vorgelagerten Schlinge durch eine Enteroanastomose in Betracht. Zeigt sich dann, dass der Darm erhalten werden kann, so wird er später reponiert; ist er nicht zu erhalten, so wird er sekundär reseziert. Die primäre Resektion soll nur bei scharf abgegrenzter Gangrän und zweifellos gesunder zuführender Schlinge ausgeführt werden. Eine Uebernähung auch nur kleinster gangränöser Stellen mit Reposition ist entschieden abzuraten; hier ist auch zu resezieren.

Digitized by Google

Ueber die chirurgische Verwendbarkeit von Perhydrollösungen(Merck'sches Wasserstoffsuperoxyd). Von Dr. Alfred Frank Charlottenburg). Bei der Behandlung stark eiternder Wunden nach Spannung größerer Phlegmonen, nach Aufmeiselung von Eiterherden im Knochen und ähnlichem ist die Aufwendung feuchter Verbände in vielen Fällen vorzuziehen, weil die mit einem Antisepticum angefeuchte Gaze gleichmäßiger aufsaugt, als die trockene sterile Gaze, unter welcher zuweilen Ansammlung von Secret stattfindet, während die obersten Schichten trocken bleiben.

Ferner wird der mit solchen Eitersprozessen einhergehende Geruch durch feuchte antiseptische Verbände besser beseitigt, als durch trockene.

Und endlich vollzieht sich die Abstossung abgestorbener Gewebsfetzen schneller unter dem Einfluß feuchter Wärme, der bei den angefeuchteten Verbänden zur Geltung kommt.

Die zur Anfeuchtung verwendete antiseptische Lösung muß in den angewendeten Konzentrationsgraden ungiftig sein und darf nicht reizen. Aus diesem Grunde scheiden eine Anzahl unserer kräftigsten Antiseptica (Quecksilbersalbe, Karbolsäure und ihre Verwandte) aus; andere sehr wirksame Mittel, wie das altbekannte Chlorwasser und Chlorkalklösungen stören durch den sehr unangenehmen Geruch und zerstören die Wäsche.

Das Wasserstoffsuperoxyd in wässeriger Lösung ist in solchen Fällen sehr empfehlznswert, und seine Anwendung ist dadurch erleichtert, daß es der Firma Merck (Darmstadt) gelungen ist, dasselbe in starken Lösungen (bis 30 pCt.) unzersetzt herzustellen, aus welchen man leicht die erforderlichen Verdünnungen bereiten kann.

Von den litterarischen Arbeiten, die sich mit der Verwendbarkeit des Merck'schen Wasserstoffsuperoxyds (Perhydrol) in der Chirugie beschäftigen, seien unter vielen anderen hier folgende genannt:

v. Bruns: „Berl. klin. Wochenschr.", 1900, No. 18;
Honsell: „Beiträge z. klin. Chirurgie", Bd. 27;
Bockenheimer: „Zeitschr. für ärztliche Fortbildung", 1901, Nr. 1;
Unger „Therapie der Gegenwart", Februar 1903.

Im Städtischen Krankenhause Am Urban (Berlin) wurdn das Wasserstoffsuperoxyd Merck, in 1 proz., 3 proz. und 10 proz. Lösung angewandt.

Gegenstand der Behandlung waren vorwiegend incidierte schwere Phlegmonen, stark sernierende Osteomyelitiden, putride Empyeme, Carbunkel, Drüsenvereiterungen, übelriechende Mittelohreiterungen und ähnliches. Auch bei inoperablen Tumoren, die zumteil zerfallen und in Jauchung

Digitized by Google

übergegangen waren, wurde das Mittel versucht. Besonders bei Uteruscarcinomen hat es sich nicht nur als ein gutes Desinficiens und Desodorans, sondern in gewissen Grenzen auch als Hämostaticum erwiesen.

Im allgemeinen haben sich unter H_2O_2Behandlung die jauchenden Flächen sehr schnell gereinigt; schon nach 1—2 Verbänden stiessen sich die necrotischen und gangränösen Partien ab.

Besonders aber soll hervorgehoben werden, daß außer der schnellen Bildung von Granulationsflächen der Hauptvorzug des H_2O_2 in seiner Eigenschaft als Desodorans liegt.

Außer bei diesen septischen Prozessen wurde Wasserstoffsuperoxyd noch zur Lösung von Tampons in der Bauchhöhle nach Angabe von v. Mikulicz angewandt. Infolge des Aufträufelns der H_2O_2-Lösung auf die angeklebten Gazestreifen entsteht eine lebhafte Gasentwicklung, und die Streifen werden dadurch leichter gelöst, als beim Aufträufeln sterilen Wassers.

Nach Vorgang der Zahnärzte, die die chemische Reinigung der Wurzelkanäle neuerdings zumteil mit H_2O_2 vornehmen, ehe sie zur Plombierung derselben schreiten, wurde auch chirurgischerseits eine Desinfektion der Knochenhöhlen von Extremitäten und am Schädel mit H_2O_2 von ihrem Verschluß durch eine Plombe öfters vorgenommen. Auch hierbei hat sich Wasserstoffsuperoxyd als ein gutes Reinigungsmittel erwiesen; losgelöste kleine Necrosen wurden durch die aufschäumende Flüssigkeit weggeschwemmt und entfernt.

Diese desinficierende und in gewissem Grade auch oberflächlich ätzende Wirkung wird übrigens auch der verbindende Arzt an seiner Hand merken. Bei kleinen Schrunden oder Rhagaden an derselben wird, namentlich bei Anwendung stärkerer Lösungen, ein unangenehmes prickelndes Gefühl bemerkt. Man kann jedoch diesen Uebelstand durch Anwendung von Gummihandschuhen vermeiden.

Ach die Verbandsstoffe sind für Wasserstoffsuperoxyd nicht ganz unempfindlich; so zerreißt Leinewand, die längere Zeit in H_2O_2-Lösungen getaucht ist, außerordentlich schnell. Es ist daher zum Schutze der Bettwäsche ein Umhüllen der Verbände mit wasserdichtem Stoff unbedingt notwendig.

Abgesehen von diesen kleinen Mängeln hat sich aber Wasserstoffsuperoxyd als ein sehr wertvolles Verbandmittel in der Chirurgie erwiesen; bei allen schweren Eiterungen und besonders zur gleichzeitigen Beseitigung übler Wundgerüche kann es warm empfohlen werden.

Digitized by Google

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Zur Technik der forcierten Entbindung bei Eklampsie. Von Hammerschlag-Königsberg i. Pr. (Vortrag, gehalten in der Ost- u. Westpreußischen Gesellschaft für Gynäkologie am 26. November 1904.) Die Mehrzahl der Geburtshelfer ist davon überzeugt, daß in der Behandlung der Eklampsie die Entbindung einen äußerst wertvollen Faktor darstellt, ja daß besonders in den schwersten Fällen der Erkrankung, die sich gleich zu Beginn des Auftretens durch Häufung der Anfälle, dauerndes Koma, schlechten Puls, Lungenödem etc., dokumentieren, der einzige Versuch, das Leben der Patientin zu retten, in der mit möglichster Schnelligkeit vorzunehmenden Entbindung besteht.

Häufig jedoch tritt diese Forderung schon in einem Stadium der Geburt auf, bei dem die gewöhnlichen geburtshilflichen Maßnahmen nicht mit der nötigen Eile zum Ziele führen können, nämlich bei reinem Schwangerschaftsbefund oder ganz im Beginn der Eröffnungsperiode.

In diesen Situationen ist man, wenn man überhaupt entbinden will, auf die sogenannten forcierten Entbindungsmanöver hingewiesen.

Unter „Accouchement forcé' versteht man nach Kilian „eine Reihe aufeinander folgender geburtshilflicher Operationen, durch welche man bei unlängst begonnener Geburt und noch wenig eröffnetem Muttermund eine vollständige Entfernung des gesamten Eies aus der Gebärmutterhöhle beabsichtigt".

Zunächst für Plazenta praevia empfohlen, wurde es sehr bald bei dieser Komplikation als unzweckmäßig befunden, aber allmählich auf andere bedrohliche Zustände, darunter besonders auf die Eklampsie ausgedehnt.

Folgende Ausführungen sollen nun die modernen Verfahren der forcierten Entbindung bei Eklampsie in ihrer Zweckmässigkeit gegeneinander abwägen und zugleich die Indikationen für die einzelnen Methoden aufstellen.

1. die tiefen Cervixinzisionen nach Dührssen;
2. die Dilatation nach Bossi;
3. die Sectio caesarea abdominalis;
4. den vaginalen Kaiserschnitt nach Dührssen.

I. Die Dührssenschen Inzisionen kommen nach Dührssen in den Fällen zur Anwendung, in denen der supravaginale Teil der Zervix völlig, der infravaginale Teil dagegen noch nicht erweitert ist, und werden so angelegt, daß 4 Inzisionen die Zervix bis zum Scheidenansatz auftrennen. Nach Dührssen muß der erste Schnitt nach hinten, die beiden folgenden nach den Seiten, der letzte nach vorn hin

Digitized by Google

angelegt werden. Diese Reihenfolge ist einzuhalten, da sich sonst die hintere Muttermundslippe retrahiert und nicht mehr erreicht werden kann.

Die Inzisionen werden entweder unter Leitung der Finger, oder im Spekulum zwischen 2 Klemmen mit der Siebold'schen Schere gemacht und nicht genäht. Der hochstehende Kopf wird durch äußeren Druck ins Becken gebracht und hierauf die Zange im schrägen Durchmesser angelegt. Bei genauerer Einhaltung der Technik sollen die Schnitte nach Dührssens Angabe nicht weiter reißen.

In der Literatur berichtet Zweifel über 21 Fälle von Eklampsie, die mit Dührssenschen Inzisionen behandelt wurden, und bei denen 10 mal eine beträchtliche Blutung eintrat: Gessner über 2 Fälle von Weiterreißen der Schnitte ins Parametrium, und ganz neuerdings Hofmeier über zwei diesbezügliche Fälle. Beim ersten Fall einer II para, waren die Inzisionen beim ersten Partus ausgeführt worden, beim zweiten Partus zeigte sich die Zervix vollständig narbig und fest verschlossen, sodaß eine Bossische Dilatation notwendig wurde.

Beim zweiten Fall, einer IV para, war von Hofmeier selbst beim ersten Partus eine Dührssensche Inzision gemacht worden, bei der eine foudroyante Blutung auftrat, die nur nach äußerst schwieriger Umstechung der Gefäße stand. Beim vierten Partus entstand oberhalb der Narbe in der Zervix eine Uterusruptur, der die Patientin trotz ihres Aufenthaltes in der Klinik erlag.

II. Dilatation nach Bossi.

Ueber diese Methode liegen jetzt einige 70 Publikationen vor, die sich zum allergrössten Teil für das Verfahren, zum kleineren Teil gegen dasselbe aussprechen. Zugegeben wird überall, daß man in sehr kurzer Zeit imstande ist, den Geburtskanal mit dem Instrument aufzuschliessen, zur Vorsicht gemahnt, z. T. gewarnt wird wegen des häufigen Auftretens von Rissen.

Es ist zu betonen, daß man so langsam wie möglich und unter Kontrolle der Finger dilatieren muss, um Risse zu vermeiden und daß das Kind nachher mit dem Forceps entwickelt werden soll. Wenn auch eine tötliche Verletzung durch das Verfahren noch nicht bekannt geworden ist, so muss man wegen der Gefahr der Risse die Forderung aufrecht erhalten, daß das Instrument nur in die Hand eines erfahrenen Geburtshelfers gehört, dann jedoch bei richtiger Indikation sehr gutes leistet.

Aus der Literatur stellt H. 107 Fälle von Eklampsie zusammen, bei denen die Dilatation nach Bossi ausgeführt wurde, mit 14 Todesfällen, von denen keiner durch das

Digitized by Google

Verfahren erfolgte, 1 Exitus an Herzfehler, 1 an Pyämie und 12 an Eklampsie, eine Gesamtmortalität von 18 pCt.

Da hierunter jedoch auch leichtere Fälle offenbar dem Verfahren unterworfen wurden, so berichtet er nach Pollak über 21 Fälle aus der Literatur, die ausdrücklich als schwere Formen der Eklampsie bezeichnet sind und bei denen die Operation im Beginn der Eröffnungsperiode ausgeführt wurde. Von diesen 21 Fällen starben 3 an Eklampsie = 14·28 pCt., ein außerordentlich günstiges Resultat.

III. Sectio caesarea abdominalis.

Der Kaiserschnitt ist von Halbertsma für die Behandlung der schwersten Fälle von Eklampsie angegeben worden und seitdem in einer großen Zahl von Fällen ausgeführt worden. Die Technik der Ausführung braucht nicht beschrieben zu werden.

Unter 34 Fällen von abdominaler Sectio caesarea bei Eklampsie, zusammengestellt aus neueren Arbeiten, findet sich eine Mortalität von überhaupt 55 pCt. darunter 12 pCt. Sepsis.

Selbst die besten Statistiken des abdominalen Kaiserschnitts überhaupt ergeben nach Olshausen eine Mortalität von 6—8 pCt.

IV. vaginaler Kaiserschnitt.

Der von Dührssen angegebene vaginale Kaiserschnitt besteht darin, daß man die vordere Scheidenwand am besten median spaltet, die Blase zurückpräpariert, hierauf die Cervix und das untere Uterinsegment median bis zur Peritonealgrenze eröffnet, eventuell eine weitere Spaltung der hinteren Zervixwand unter Emporschieben des Douglasperitoneum vornimmt, sodann das Kind durch Wendung und Extraktion entwickelt und schließlich die gesetzten Wunden vernäht.

Die Placenta muß stets vor Schluß der Inzisionen entfernt werden, am besten durch Expression, sonst durch manuelle Lösung. Versäumt man dieses, so kann man nachher vor der Eventualität stehen, sämtliche Nähte wieder öffnen zu müssen, um die manuelle Plazentarlösung auszuführen, da selbst die vollständig gelöste Plazenta sich nicht durch die vernähte Zervix exprimieren läßt.

Eine besondere Besprehung verdient die Jodoformgazetamponade des Uterus.

Mach Dührssen sollen „die Entleerung des Uterus durch den vaginalen Kaiserschnitt und die sofort angeschlossene

Digitized by Google

Placentarlösung nebst Uterustamponade ein organisches Ganze bilden."

Schon Bumm macht darauf aufmerksam, daß er zwar die Uterustamponade bei atonischen Blutungen sehr schätze, daß ihm aber in Anbetracht der Infektionsgefahr ein fest kontrahierter Uterus, der nicht tamponiert zu werden braucht, lieber ist, als ein atonischer tamponierter, ganz abgesehen davon, daß beim vaginalen Kaiserschnitt die Zerrungen der Naht der Zervix, wie sie bei der Herausnahme der Tamponade stets eintreten müssen, besser vermieden werden.

Rühl macht gegen die Tamponade den Einwand geltend, daß dieselbe geeignet ist, im puerperalen Uterus Blutgerinnsel und Gewebstrümmer zurückzuhalten, so daß, wenn einmal Infektionserreger in den Uterus gelangt sind, dieselbe die Gefahr der Sepsis infolge von Retention von infizierten Gewebstrümmern wesentlich erhöht.

Hierzu kommt nun eine Beobachtung von H., wo ganz unzweifelhaft die Jodoformgazetamponade des Uterus, sei es durch Anregung von Wehen oder durch Vergrößerung des Uterus oder durch irgend einen anderen Reiz, eine größere Reihe von eklamptischen Anfällen nach der Operation ausgelöst hat, die nach Entfernung der Tamponade wie durch Zauberschlag sistierten. Eine ähnliche Beobachtung wurde von Schatz gemacht.

Aus allen diesen Gründen möchte H. raten, nach dem vaginalen Kaiserschnitt die Uterustamponade nicht prinzipiell auszuführen, sondern nur im äußersten Notfalle, wenn sonstige Mittel zur Stillung einer Atonie, besonders Ergotin, heiße Spülung und Massage, gänzlich fehlschlagen.

Bei Eklampsie ist der vaginale Kaiserschnitt bisher 23mal ausgeführt worden, darunter 5mal in der Königsberger Klinik. Was die Resultate anbetrifft, so sind von 23 Fällen 10 gestorben, darunter 7 an Eklampsie, 1 an Pneumonie, also eventueller Folgeerscheinung der Eklampsie, und 2 an Infektion.

Bei einem Falle aus der Wiener Klinik trat der Exitus an Sepsis ein, wurde also durch die Operation direkt bewirkt, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß hier der Operation eine zweimalige Metreuryse vorangegangen war und bei der Operation selbst insofern atypisch verfahren worden ist, als nur die hintere Zervixwand gespalten und dabei das Douglasperitoneum eröffnet wurde. Also kein ganz reiner Fall. (Schluß folgt.)

Carcinoma uteri und Geburt. Von Otto v. Franqué. (Prager mediz. Wochenschr., No. 1, 1905.) Der Einfluß, den das Karzinom auf die Geburt ausübt, ist ganz abhängig von

Digitized by Google

der Ausdehnung desselben und im Einzelfalle daher ein sehr verschiedener. Eben beginnende und ganz umschriebene Wucherungen brauchen sich überhaupt nicht bemerklich zu machen. Sehr selten sind die karzinomatösen Geschwülste so vollkommen gestielt, daß sie mühelos abgebunden und entfernt werden können, worauf die Geburt glatt und spontan verläuft. Gewöhnlich sitzt das Karzinom ja wenigstens einer der beiden Lippen breitbasig auf oder bildet die direkte Fortsetzung derselben ihrem ganzen Umfange nach, und selbst, wenn es als blumenkohlartiger Tumor tief in die Scheide herabragt, ist es doch gleichzeitig nach oben mehr weniger tief in die Substanz der Zervixwandungen vorgedrungen und hat dieselben ihrer natürlichen Dehnbarkeit und Elastizität beraubt, so daß für die notwendige Erweiterung des Zervixkanals und des Muttermundes die krebsigen Partien nicht mit herangezogen werden können. Von dem Umfang und der Dehnungsfähigkeit der noch nicht befallenen Abschnitte in horizontaler und senkrechter Richtung hängt es daher ab, ob eine einigermaßen normale Geburt auf natürlichem Wege noch möglich ist oder nicht. Im letzteren Falle ist, das Fehlen oder zu späte Eintreffen der Kunsthilfe vorausgesetzt, zweierlei möglich. Gewöhnlich setzt der an sich ja intakte aktive Teil des Uterus, der Hohlmuskel, wie beim engen Becken seine fruchtlosen Bemühungen zur Ausstoßung der Frucht fort, bis endlich eine Zerreißung der Gebärmutter eintritt, entweder dadurch, daß der starre und unnachgiebige Ring krebsigen Gewebes, der den Uterus nach unten abschließt, durch den andrängenden Kopf zum gewaltsamen Platzen gebracht wird, oder wenn der Krebsring standhält, dadurch, daß der darüber gelegene, noch nicht krebsige und daher dehnbare Teil des Durchtrittsschlauches nach Bandlschem Mechanismus, gerade so wie bei engem Becken oder Narbenstenose der Zervix, überdehnt und zerrissen wird. In dem letzteren Falle wird in der Regel mit der Mutter auch das Kind unmittelbar verloren sein, da es ja oberhalb des krebsigen Verschlusses in die Bauchhöhle ausgestoßen wird. Wird dieser letztere selbst gesprengt, so wird die Mutter meist auch der Blutung oder septischer Bauchfellentzündung erliegen, das Kind aber könnte, wenn es nicht schon bis dahin infolge der andauernden Einschränkung seiner Atmungsfläche oder durch Intoxikation zugrunde gegangen ist, gelegentlich noch lebend geboren werden, denn die Zerreißung kann gerade in dem Moment eintreten, in dem das Kind ausgetrieben wird. Die zweite bei fortgeschrittenem, die Geburt verhinderndem Karzinom gegebene Möglichkeit ist die, daß die Wehen, statt immer stürmischer zu werden, umgekehrt allmählich aufhören und die natürlich bald absterbende Frucht im Uterus zurückgehalten wird, bis

Digitized by Google

zu ihrer künstlichen Entfernung, oder bis die Mutter unentbunden dem Karzinom oder den sich anschliessenden Zersetzungsvorgängen in der Uterushöhle erliegt. Man bezeichnet diesen Vorgang des Unterbleibens der eigentlich schon im Gange gewesenen Geburt bekanntlich meist mit dem englischen Ausdruck „missed labour". Auch abgesehen von dem völligen Unterbleiben der Geburt tritt die Wehenschwäche bei den karzinomatösen Kreissenden oft sehr unangenehm in den Vordergrund. Beide Zustände werden dadurch verursacht, daß die starren Krebsmassen die Erweiterung der Zervix und damit den immer energischer werdenden Druck des vorangehenden Teiles auf die Zervikalganglien verhindern. Bei inoperablem Karzinom wird fast immer Gebärunmöglichkeit bestehen und selbst, wenn diese zu Beginn noch nicht sicher feststeht, aber doch vermutet werden kann, sollte man ein lebendes Kind nicht den viel grösseren Gefahren, die hier die spontane oder operative Geburt auf natürlichem Wege bieten, aussetzen, sondern sich auch in der häuslichen Praxis rasch zum Kaiserschnitt nach Porro entschliessen, die ja technisch leicht zu bewältigen ist und das Kind so gut wie sicher rettet. Bei den operablen Fällen von Karzinom ist das ideale Verfahren, die Entfernung des Uterus der Entbindung unmittelbar anzuschliessen. Der Uterus wird zur Zeit am häufigsten durch den vaginalen Kaiserschnitt nach Dührssen entleert und dann gleich per vaginam entfernt. Trotzdem ist nach F. hier die abdominelle Operation im Interesse von Mutter und Kind vorzuziehen. Im Privathause kann die ideale Behandlung der operablen karzinomatösen Gebärenden natürlich nicht durchgeführt werden. Ist daher die Einbringung derselben in ein geeignetes Krankenhaus nicht möglich und die Ausführung des Kaiserschnittes als solchen nicht indiziert, so wird der Praktiker auch heute noch zu dem früher allein zur Verfügung stehenden Hilfsmittel, den multiplen Inzisionen, greifen müssen und bei nicht zu weit fortgeschrittenen Fällen gelegentlich ein gutes Ergebnis erzielen können. F. glaubt, daß der ja meist nicht über genügende Assistenz und Beleuchtung und vollständiges Instrumentarium verfügende Praktiker auf die Ausschabung und Kauterisation verzichten und den vorbereitenden Eingriff unter einfacher Anwendung der Schere und desinfizierender Ausspülungen auf das allernotwendigste, durch die Enge des Muttermundes gebotene Maß beschränken kann.

Digitized by Google

Verschiedenes.

Die Preise des Diphtherieheilserums sind durch Ministerialerlaß neu festgesetzt worden. Der Maximalpreis für den Verkehr zwischen den Fabrikationsstätten und den Apotheken soll vom 1. Januar 1905 betragen: 1. von dem Serum, das mindestens 350 Immunitätseinheiten in einem Kubikzentimeter enthalten muß, für ein Fläschchen mit 200 Immunitätseinheiten (No. 0) 0.45 Mk., mit 600 Einheiten (No. I) 1,10 Mk., mit 1000 Einheiten (No. II) 1,75 Mk., mit 1500 Einheiten (No. III) 2,75 Mk.; 2. von dem 500 fachen Serum für ein Fläschchen mit 1 Kubikzentimeter 1,20 Mk., mit 2 Kubikzentimeter 2,25 Mk., mit 3 Kubikzentimetern 3,35 Mk., mit 4 Kubikzentimetern Serum 4,40 Mk. Die in dem Erlaß vom 25. Februar 1895 angegebenen Preisermäßigungen für Institute, Kassen, Personen usw. kommen nicht mehr in Anwendung. Das Serum darf von jetzt ab nur in ganzen Fläschchen abgegeben werden. Als Entgeld für den Vertrieb erhält der Apotheker für ein Fläschchen der unter 1 und 2 angegebenen Sera je nach Inhalt 0,25—0,55 Mk. bzw. 0,40—0,60 Mk. — Von einer Neuaufstellung der Arzneitaxe für Preußen wird dagegen laut Bekanntmachung des Herrn Kultusministers im Reichsanzeiger mit Rücksicht auf die schwebenden Verhandlungen über die Einführung einer Maximaltaxe für das Deutsche Reich für dieses Jahr Abstand genommen. Die alte Arzneitaxe bleibt mit einigen Abänderungen vom 1. Januar 1905 an bis auf weiteres bestehen.

Der **22. Kongress für innere Medizin** findet vom 12.—15. April 1905 zu Wiesbaden statt unter dem Vorsitze des Herrn Geheimrat Erb (Heidelberg). Als Verhandlungsthema des ersten Sitzungstages ist bestimmt: **Ueber Vererbung.** 1. Referat: Ueber den derzeitigen Stand der Vererbungslehre in der Biologie: Herr H. E. Ziegler (Jena), 2. Referat: Ueber die Bedeutung der Vererbung und der Disposition in der Pathologie mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose: Herr Martius (Rostock) Vorträge haben angemeldet; Herr A. Hoffmann (Düsseldorf): Ueber Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen: Herr Paul Krause (Breslau): Ueber Röntgenstrahlenbehandlung der Leukämie und Pseudoleukämie; Herr Schütz (Wiesbaden): Untersuchungen über die Schleimsekretion des Darmes; Herr M. Matthes (Jena): Ueber Autolyse; Herr Clemm (Darmstadt): Ueber die Bedeutung der Heftpflasterstützverbände für die Behandlung der Bauchorgane.

Mit dem Kongresse ist die übliche Ausstellung von Instrumenten, Apparaten und Präparaten, soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden.

Anmeldungen von Vorträgen und für die Ausstellung sind zu richten an Geheimrat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstraße 18.

Redakteur: Sanitätsrat Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro. 2. XLV. Jahrgang 25. Februar 1905.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Ueber die Giftwirkung des Bleies. — Die ersten Zeichen der Geisteskrankheiten. Ueber Syphilis des Zirkulationsapparates. Grundsätze der Syphilisbehandlung. — Die Behandlung von Gelenkerkrankungen mittelst Stauung nach Bier. Die Entfernung des Condyloma acuminatum durch Erfrierung. — Technik der Jodipin-Injektion. Zur Technik der forcierten Entbindung bei Eklampsie. (Schluß). Ueber die Behandlung der Katarrhe der weiblichen Genitalorgane. Ueber die Gefahren intrauteriner Injektionen. — Uebergang von Brom in die Frauenmilch. Ueber Chloroform-Anschütz. Eine neue Art der Digitalis-Darreichung. Zur Abwehr aufdringlicher Reklame.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Ueber die Giftwirkung des Bleies. Von L. Lewin. (Berl. klin. Wochenschr., 1904, No. 41.) L. erörtert in vorliegender Arbeit das Elend der Frauen in Bleigiftbetrieben; er hat festgestellt, daß dieses heimtückische Metall weit schlimmer auf die Frau als auf den Mann wirkt. So wurde in Wien ermittelt, daß in Gießereien am Saturnismus erkranken:

Von 100 Frauen . . . 26,4 pCt.,
„ 100 Männern . . 6,9 „

In den Töpfereien von Staffordshire erkrankten von den vielen dort beschäftigten

Frauen . . . . 49 pCt.,
von den Männern . . . . 7 „

Dabei werden die Frauen immer mehr zu diesen Arbeiten herangezogen!

In Wien werden die Stanniolkapseln faßt ausschließlich von Frauen hergestellt, von denen mehr als 80 pCt. bleikrank sind. Beim Diamantschneiden werden etwa 40 pCt. Frauen beschäftigt, während das Rosettenschleifen fast nur von Frauen, zumteil auch als Heimarbeit besorgt wird, In England hat man bis vor kurzer Zeit und vielleicht auch heute noch zu der geradezu mörderischen Arbeit des Füllens und Leerens der Trockenräume von Bleiweiß in der Hauptsache Frauen und Jugendliche verwendet.

Digitized by Google

Einen besonders deletären Einfluß hat das Blei auf die Generationsvorgänge. Es hat lange gedauert, bis einzelne Aerzte die durch die acute oder chronische Bleivergiftung veranlaßten Zeugungs- und Schwangerschaftsstörungen ursächlich erkannt haben. Seit dem ersten Drittel des vorigen Jahrhunderts sind dafür sichere Belege gegeben worden, daß das chronisch aufgenommene Blei die Generationssphäre bei Tieren und Menschen, bei Mann und Weib schädigen könne. Aus den Silberhütten des Harzes wurden damals Tatsachen mitgeteilt, die diese Erkenntnis besser als die einwandfreiesten Experimente zu beweisen im stande sind. Man beobachtete, daß Kühe, Schafe und Ziegen, welche sich von dem in der Nähe der Silberhütten wachsenden Futter nährten, Blutharnen bekamen und verwarfen. Kauften die Bewohner der Silberhütten oder der nahen Umgebung trächtige Ziegen, so warfen dieselben zwar zuweilen noch das eine Mal zur gehörigen Zeit, wurden dann aber unfruchtbar und blieben es lebenslänglich oder doch während ihres Aufenthaltes auf oder nahe bei den Silberhütten. In der Nähe solcher Hütten kann man auch kein Geflügel halten und herumlaufen lassen. Enten und Gänse legen unter dem Bleieinflusse oft Windeier. Bei Hirschen in den dortigen Wäldern fand man häufig Unterbrechungen in der Ausbildung ihrer Geweihe und Geschlechtsteile.

Ganz ähnliche Beobachtungen machte man in der Umgebung der Bleibergwerke Schottlands. Auch hier fielen, neben anderen Symptomen, besonders die Störungen der Empfängnis und des Austragens auf.

Frauen litten, wenn sie längere Zeit auf oder nahe bei Silberhütten wohnten, häufig und zuletzt habituell an Abort.

Zu Anfang der 60er Jahre des vorigen Jahrhunderts wurde in Frankreich von Tardieu angegeben, daß auf 1000 Schwangerschaften von Frauen, die mit Blei arbeiteten, 609 Aborte kämen. Später lenkte Paul in umfangreicherer Weise, als es bis dahin geschehen war, die Aufmerksamkeit auf diese Folgen der Beschäftigung mit Blei durch klinische Untersuchungen. Es zeigte sich hierbei einwandsfrei, daß die Schwangerschaft Störungen erleiden könne, sowohl wenn die Mutter selbst mit Blei arbeitet, als auch wenn nur der Mann, der den Zeugungsact vollzogen hat, bleikrank war.

Am häufigsten sind natürlich Arbeiterinnen, die im Bleibetriebe beschäftig sind, der Möglichkeit einer Vergiftung ausgesetzt.

Ganz ähnliche Erscheinungen, wie die bei Bleiarbeiterinnen festgestellten, ergeben sich, wenn nur der Erzeuger bleikrank ist. Die Lebensschwäche der geborenen Kinder

Digitized by Google

rafft sie oft sehr früh hin. Aus einer neueren Statistik ergiebt sich, daß von 31 Schwangerschaften bei 7 Frauen bleikranker Maler 11 mit Totgeburten und eine mit Abort endete, während eine von diesen Frauen vor der Beschäftigung ihres Mannes mit Blei sieben lebende Kinder hatte.

Die Vergiftungserscheinungen bei dem Vater oder der Mutter können nur leicht sein, ja nur in einem Bleisaum bestehen, und sich trotzdem der verderbliche Einfluß des Bleies auf die Generationsorgane bemerkbar machen.

Einen besonderen Hinweis erheischt die zahlenmäßig belegte hohe Mortalität der Kinder bleikranker Eltern und die chronischen Erkrankungszustände der Ueberlebenden. Wenn der Vater oder die Mutter Träger einer Bleikrankheit sind, so bleibt sehr häufig auch die Nachkommenschaft nicht von Gesundheitsstörungen frei. Die aus solchen Ehen hervorgehenden Kinder lassen die angeerbte Schwäche meistens erkennen und viele von ihnen bleiben, wofern sie nicht frühzeitig zu Grunde gehen, in ihrer Entwicklung zurück. Wachsen sie vollends in einer Bleiatmosphäre auf, z. B. in enger Behausung, wo die Eltern Heimarbeit mit Blei treiben, oder werden sie gar schon in frühester Jugend zu der Arbeit ihrer Eltern herangezogen, so gehen sie ziemlich sicher einer Vernichtung des Restes ihrer Gesundheit entgegen. So beträgt z. B. in einem hessischen Dorfe, dessen Einwohner sich mit dem Glasieren von Tonwaren beschäftigen und deswegen meistens bleikrank sind, die Sterblichkeit der Kinder in den ersten 5—6 Lebensjahren 50 pCt. Die Ueberlebenden leiden an Hydrocephalus und sehr großen Kröpfen.

Roques, der Beobachtungen in der Salpêtrière und in Bicêtre anstellte, fand, daß Kinder von bleikranken Vätern sehr häufig von Geisteskrankheiten, Idiotie, Schwachsinn, Epilepsie usw. befallen sind.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, sagt S., daß nicht nur der Same beziehungsweise das Ei unter dem Einflusse des von den Eltern aufgenommenen Bleies funktionell krank werden können, sondern daß auch in den Fötus Blei übergeht. Dieses Blei ist von dem Bleivorrat der Mutter in den kindlichen Organismus hineingespült worden und hat das Hindernis für die Weiterentwicklung und das Weiterleben abgegeben. Man wird bei jeder chemischen Untersuchung solcher vor der Zeit ausgestoßener Früchte bleikranker Mütter Blei finden, dagegen sehr wahrscheinlich Blei dort vermissen, wo die Mutter nur den minderwertigen, in seiner chemischen Zusammensetzung gestörten Samen aufgenommen hat.

Die Tragweite der in vorliegender Arbeit erörterten Zustände ist offenbar. Das Familienunglück, das sie wieder-

Digitized by Google

spiegeln, ist gleichzeitig ein Stück Unheil, das den Staat betrifft. Die Zeit muß kommen, wo vorerst einmal die Frauenarbeit in Giftbetrieben mit hoher Gefahr verboten wird. Frankreich ist hierin vorangegangen, indem es Frauen aus der fabrikatorischen Arbeit mit Phosphor, Säuren, Arsen, Chromaten usw. ausschaltete.

II. Medicin.

Die ersten Zeichen der Geisteskrankheiten. Von Dr. W. Weygandt. (Die Heilkunde 1. H. 1905.) Wenn man als Arzt einem der Psychose verdächtigen Menschen gegenübertritt, ist das erste, daß wir durch ein ruhig eingeleitetes Gespräch uns über eine Reihe wichtiger Funktionen orientiren. Alsbald entnehmen wir, ob er unsere Fragen richtig oder falsch auffasst oder aber gar nicht auf äußere Reize reagiert. Richtige Auffassung spricht durchaus nicht gegen die Annahme einer Psychose; falsche Auffassung und Reaktionslosigkeit sind schon bedeutsame Symptome.

Eines der meistgenannten Kriterien beginnender Geistesstörung liegt auf dem Gebiete der Auffassung: es sind die Trugwahrnehmungen, Illusionen und Hallucinationen. Eine Reihe von Fällen fangen mit diesen gewöhnlich recht schweren Symptomen an, vor allem manche Paralysen, juvenile Verblödungsprozesse und dann die Delirien mannigfacher Art, in erster Linie das Delirium tremens.

Dabei ist nicht zu vergessen, daß Illusionen und Hallucinationen hie und da auch bei sonst geistig gesunden Menschen auftreten. Bedenklich und gravirend für die Annahme einer Psychose werden sie aber, wenn der Halluzinant sie für wirkliche Erlebnisse hält und jede Kritik ihnen gegenüber verliert. In dieser Hinsicht können die Sinnestäuschungen oft als Frühsymptome gelten.

Gleichzeitig muß die Aufmerksamkeit des Beobachters darauf gerichtet sein, inwieweit der Patient noch besonnen und geordnet, sowie hinsichtlich der Umgebung, des Ortes und der Zeit orientiert ist. In manchen Fällen korrekten äußeren Verhaltens ist bereits die Orientierung, vor allem in der Zeit, tief gestört.

Relativ leicht ist die Feststellung der Gedächtnisstörung, wenn nicht der Kranke überhaupt jede Auskunft verweigert oder ein Simulationsversuch vorliegt.

Die associativen Störungen treten oft bei zusammenhängender Rede des Patienten zuerst an den Tag und lassen sich vielfach durch genaue Prüfung eines aufgenommenen Stenogramms am besten studieren.

Digitized by Google

Eine der schwierigsten Aufgaben ist die Feststellung von wahnhaften Urteilstäuschungen. Als Frühsymptome kommen meist nur die schwachsinnigen und der Suggestion unterworfenen Wahngebilde der Paralytiker in Betracht, die sich für den Kaiser des Weltalls, den Besitzer goldener Nachtstühle, für stärker als zehn Elephanten usw. halten. Bei der systematisierenden Paranoia hingegen pflegt der Kranke vielfach seine Wahnvorstellungen zu verbergen, weshalb gewöhnlich erst durch auffallende Handlungen auf Grund der noch versteckten Wahnideen die Aufmerksamkeit der Umgebung auf den Patienten gelenkt wird. Sind einmal wahnartige Vorstellungen ermittelt, so läßt sich ihr krankhafter Charakter am ehesten noch durch das Ausbleiben jeder Korrektur von seiten des Patienten feststellen.

Nicht selten liegt das erste Symptom einer Psychose auf psychomotorischem Gebiete. Ueber Nacht kann ein anscheinend Gesunder in den stärksten katatonischen Stupor verfallen, sodaß er sprachlos mit brettharter Muskulatur unter Nahrungsverweigerung daliegt. Noch augenfälliger sind die oft ganz plötzlich hereinbrechenden Erregungszustände der Katatoniker oder die noch unvermittelter einsetzenden Tobsuchtsanfälle bei psychischer Epilepsie.

Auch auf dem Gebiete des Affektes ermöglicht oft nur der Vergleich mit früheren Zuständen die Feststellung der Abnormität. Hypomanische heitere Laune oder eine traurige, nicht an einen bestimmten Anlaß sich anlehnende Verstimmung können äußerlich ein ähnliches Bild entwerfen, wie es bei Normalen in entsprechenden Lebenslagen auch vorkommt.

Vor allem die häufig ungemein wichtige Konstatierung einer Charakterveränderung setzt die Kenntniss des früheren Verhaltens der Persönlichkeit voraus. Gerade die kompliziertesten Aeußerungen der Gesamtpersönlichkeit, das moralische Verhalten insbesondere oder auch das ästhetische Empfinden läßt öfters am frühesten die drohende Psychose erkennen.

Pupillenstarre bei sonstiger psychischer Abnormität ist in hohem Grade verdächtig, vor allem auf progressive Paralyse. Daneben ist noch die Pupillenbeweglichkeit zu berücksichtigen, deren Herabsetzung psychischen Reizen gegenüber bei jugendlichen Verblödungsprozessen vorkommt. Tremor mannigfacher Art kann als Frühsymptom gelten bei Paralyse, seniler Demenz und Alkoholdelirium.

Fazialisdifferenz, Halbseitensymptome, Spasmen der Extremitäten sind in gleicher Richtung zu verwerten, ganz besonders aber auch das Westphalsche Zeichen oder lebhafte Steigerung der Patellarreflexe.

Die Sprachstörungen nehmen eine besondere Stelle ein.

Digitized by Google

Nur ein Teil ist verwendbar für eine rein psychiatrische Diagnose, insbesondere die Paralyse.

Die Schriftstörung erlaubt in ausgeprägten Fällen selbst eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose par distance, doch ist immerhin größte Vorsicht ratsam, da anscheinend typisch paralytische Schrift oder ausgeprägt zittrige Schrift doch auch bei Gesunden bestehen kann.

Unter den Sensibilitätsstörungen ist, neben den hysterischen Symptomen, die oft früh auftretende Hypalgesie der Paralytiker zu erwähnen. In stuporösen Zuständen wird durch die Reaktionslosigkeit öfter Anästhesie vorgetäuscht.

Peripher bedingte Muskelatrophie leichteren Grades finden wir bei Alkoholisten.

Die Feststellung der Idiotie ist in den Kinderjahren vielfach gar nicht so einfach. Manche Neugeborene allerdings fallen sofort nach der Geburt schon dadurch auf, daß sie nicht schreien wie gesunde Kinder, sich wenig bewegen, und die Augen bei Lichteinfall offen lassen; auf Nadelstiche erfolgt keine Schreireaktion: selbst beim Saugen stellen sich derartige neugeborene Schwachsinnige unbeholfen an; das erste Lächeln läßt viele Monate auf sich warten. Verzögerung des Laufens und Sprechenlernens ist verdächtig, doch muß dabei stets auf etwaige Einflüsse körperlicher Krankheiten, besonders der Rhachits, sowie Ernährungsstörungen geachtet werden.

Manchmal gehen die ersten Jahre ohne auffallende Defektsymptome vorüber, vor allem die Eltern zeigen sich leichteren Mängeln gegenüber oft nahezu blind, bis in der ersten Schulzeit Schwierigkeiten entstehen.

Leichter möglich wird eine Frühdiagnose, wenn schon die körperliche Untersuchung des Kindes Fingerzeige gibt, so bei den mikrocephalen und hydrocephalen Formen, wenn schon manchmal leichte Grade der Schädelveränderung bei normaler geistiger Entwicklung vorkommen.

Aehnlich wie bei der Idiotie verhält es sich mit den thyreogenen Schwachsinnsformen, dem endemischen Kretinismus und dem Myxoedem, bei denen die Schilddrüse fehlt oder kropfig degeneriert ist und Zwergwuchs und Hemmung der Ossifikation, sowie mehr oder weniger ausgesprochenes Myxoedem besteht.

Manche Fälle angeborenen oder früh erworbenen Schwachsinns vegetieren unerkannt lange Jahre dahin, bis erst in der militärischen Dienstzeit, vielfach nach manchen Bestrafungen, der Defekt erkannt wird.

Ebenso wichtig wie schwierig ist oft genug die Frühdiagnose des manisch-depressiven oder zirkulären Irreseins.

Der erste Anfall ist gewöhnlich durch eine Verstimm-

Digitized by Google

ung mit Unlust zu jeglicher Beschäftigung eingeleitet, manchmal aber auch durch leichte Unruhe, Ausgelassenheit und Flatterhaftigkeit. Zur Diagnose wichtig ist der Vergleich mit dem früheren, normalen Verhalten; manchmal führt auch die erhöhte Ablenkbarkeit, sowie die Abschweifung in der Rede und das Vorkommen von Klangassoziationen auf die richtige Spur.

Eine der vielgestaltigsten und häufigsten Geistesstörungen ist die Dementia praecox oder die Gruppe der juvenilen Verblödungsprozesse. Oft beginnen derartige Fälle in oder alsbald nach der Pubertät mit einem Stadium der Verstimmung, das äußerlich an die zirkuläre Depression erinnert. Doch unterscheidet sich davon jenes dadurch, daß bei den Verblödungsprozessen der Affekt nur gering erscheint und gewöhnlich nicht motiviert wird, daß ferner absurde Angaben gemacht werden und manche Aeußerungen des Kranken auf Sinnestäuschungen hindeuten, sie hören Stimmen, haben auch z. B. das Gefühl, es wachsen die Knochen aus dem Leibe usw.

Manchmal beginnt das Leiden ganz unvermutet mit einem heftigen Erregungszustand, der sich durch einförmige Bewegungen und zusammenhanglose Reden charakterisiert. Oft genug setzt es allmählich ein unter Sinnestäuschungen und auch Wahnideen schwachsinniger Art.

(Schluß folgt.)

Ueber Syphilis des Zirkulationsapparates. Von R. Renvers-Berlin. („Die Therapie der Gegenwart" X. 1904.)

Der Verlauf der Syphilis ist je nach dem Nährboden, der Widerstandsfähigkeit des infizierten Körpers, vor allem je nach der Virulenz des eingedrungenen Virus verschieden. Ueberwiegen die toxischen Momente, so werden mehr funktionelle Störungen sich ausbilden, überwiegt die bakterielle Ausbreitung, um so früher und schwerer werden organische Störungen verursacht, die oft dauernde Gewebsveränderungen hinterlassen. In der Regel bewältigt der Organismus die Infektion und ihre Folgen ohne Behandlung in langwierigen, oft Jahre dauerndem Kampfe unter Anwendung der empirisch gefundenen Jod- und Quecksilbertherapie in relativ kurzer Zeit. Die akute Infektionsperiode ist damit überwunden, aber das Virus lebt latent, wahrscheinlich im Zustande einer Dauerform im Organismus weiter, sehr selten kommt es zu später allgemeinen toxischen Hautveränderungen, um so häufiger aber zum Aufleben und oft auch zur Weiterverbreitung des bisher schlummernden Virus.

Der Herzmuskel ist durch die Intoxikation vielfach geschwächt; einer mehr oder weniger starken Bradykardie

Digitized by Google

folgt schon bei geringer körperlicher Anstrengung eine stark erhöhte Pulsfrequenz, die nach längerer Bettruhe erst wieder verschwindet. Ueberanstrengt man einen so veränderten Herzmuskel, so treten rasch alle die klinischen Symptome der akuten Herzdilatation auf, die tage- und wochenlang durch mehr oder weniger starke Arrhythmien und Insuffizienzerscheinungen sich zeigen.

Von diesen toxischen Muskelerkrankungen sind andere Störungen zu trennen, welche von Anfang an sich als organische Muskelveränderungen durch die Stetigkeit der Arrhythmie und Pulsbeschleunigung unter Zunahme der Muskelinsuffizienz zeigen, sie sind im Frühstadium der Syphilis nur bei schwerer Infektion und schwächenden Kuren beobachtet. Die Herzerkrankungen im Frühstadium der Syphilis sind einer vollständigen Rückbildung fähig und heilen meist ohne dauernde Funktionsstörungen zu hinterlassen. Wie unheilvoll die Herzsyphilis in diesem Frühstadium sein kann, sieht man am Krankenbett dann, wenn irgend eine andere lange dauernde Infektionskrankheit den Syphilitiker befällt. Meist macht eine frühzeitige Herzschwäche sich geltend, die der vorangegangenen Syphilisinfektion zuzuschreiben ist.

Von praktischer Wichtigkeit sind die syphilitischen Erkrankungen des Zirkulationsapparates im Spätstadium der Infektion. Dieses Stadium kann schon ein Jahr nach erfolgter Infektion beginnen, tritt aber meist erst nach Jahrzehnten auf. In diesem Stadium verursacht das syphilitische Virus die schleichend verlaufenden Prozesse an den Gefäßen und am Herzen, die den arterioskerotischen Altersprozessen ähneln.

Eine besondere Bedeutung haben die syphilitischen Erkrankungen der Aorta. Klinisch machen sich die endarteritischen Veränderungen im Anfangsstadium meist nur durch sehr vage Symptome von Druck- und Schmerzgefühl in der Sternalgegend bemerkbar, die namentlich bei Veränderungen des Blutdruckes durch Ueberanstrengung unter asthmatischen Beschwerden auftreten. Nimmt die Elastizität in großen Strecken der Aorta ab, so ist eine vermehrte Herzarbeit und Hypertrophie des linken Ventrikels die Folge und Begleiterscheinung. Mit der Veränderung der Koronararterien (Angina pektoris) hängt die wichtige Gruppe der Herzmuskelerkrankungen zusammen. Es sind dies in der Spätperiode relativ seltene Zustände. Die Muskelveränderungen am Herzen entstehen sehr langsam und meist so unbemerkt für den Patienten und den Arzt, daß beide überrascht werden von dem kranken Zustand des Herzens, wenn gelegentlich einmal eine besondere Leistung gefordert wurde. Am Herzen kommt es entweder zu Gummabildung oder zu den

Digitized by Google

noch schädlicheren interstitiellen diffusen Proliferationszuständen. Arrhythmie, frustrane Herzkontraktionen und Herzschwäche, der sich physikalisch nachweisbare dilatative Herzhypertrophie anschließt, mit verstärktem Spitzenstoß und schwachem unregelmäßigen Pulse, sind die wichtigsten klinischen Symptome. Ihnen gesellen sich die Zeichen der Perikarditis und Endokarditis hinzu, die als sekundäre Erkrankungen sich physikalisch deutlich bemerkbar machen. An syphilitische Herzmuskelerkrankung darf jedoch nur gedacht werden, wenn Arteriosklerose, Heredität, andere überstandene Infektionskrankheiten, Intoxikationen mit Alkohol oder Nikotin, sowie akute Ueberanstrengungen eines sonst gesunden Herzmuskels auszuschließen sind; dabei muß jedoch eine syphilitische Infektion konstatiert werden können. Geringfügige, rasch verschwindende Knöchelödeme bei kräftigen jugendlichen Individuen ohne Nierenstörungen sind oft das erste alarmierende und wichtige Symptom einer beginnenden syphilitischen Herzinsuffizienz. Wie schleichend und symptomlos aber die Herzsyphilis verlaufen kann, beweisen die mehrfach beobachteten plötzlichen Todesfälle infolge von Herzschwäche inmitten voller Gesundheit, bedingt und pathologisch-anatomisch nachgewiesen durch eine Gummigeschwulst in der Herzwandung.

Die Prognose der Herz- und Gefäßsyphilis richtet sich vor allem nach der Dauer der Erkrankung. Die Anfangsstadien der Erkrankung bieten eine günstige Prognose und ist hier eine frühzeitig eingeleitete energische Quecksilber- und Jodbehandlung das beste Hilfsmittel. Um ein Wiederaufleben des Virus zu hemmen, ist eine intermittirende Behandlung angezeigt. In der Spätperiode der Syphilis wird man bei Beginn der Zirkulationsstörungen die Entwicklung der Granulationswucherungen am besten und schnellsten durch Quecksilber hemmen und die Rückbildung durch monatelang fortgesetzte Jodbehandlung befördern; natürlich ist an die Spitze der Therapie Schonung und Ruhe des Herzmuskels zu stellen.

Grundsätze der Syphilisbehandlung. Von Prof. Dr. E. von Düring-Kiel. (Med. Woche 3,05.) Die Erkenntnis der syphilitischen Aetiologie vieler Organerkrankungen, von der Beeinflußbarkeit, ja Heilbarkeit derselben durch eine spezifische Therapie, hat zu einer Ueberanwendung und Ueberschätzung besonders des Quecksilbers geführt, die geeignet ist, dieses Spezifikum in den Augen nicht urteilsfähiger Laien vollständig in Verruf zu bringen und den Gegnern unserer ärztlichen Behandlungen in allen Lagern nur zu gute, scharfe und sicher treffende Waffen zu liefern. D. hat schon zu wiederholten Malen und an verschiedenen

Digitized by Google

Stellen seine Ansichten in der Hinsicht ausgesprochen. Aber das Ansehen der Begründer der chronisch-intermitierenden Methode der Syphilisbehandlung ist so groß und hat unter den Spezialisten, wie unter den praktischen Aerzten so viele Anhänger, daß es nicht unberechtigt ist, wenn die kleine Schar derjenigen, die anderer Meinung sind, bei Gelegenheit immer wieder ihre Erfahrungen und Ansichten darlegen.

Die Berechtigung ist um so größer, als Anhänger der chronisch-intermittierenden Methode praktische Folgerungen aus derselben gezogen haben, die in bezug auf Behandlung von Spätsymtomen der Syphilis oder von Krankheiten, die mit mehr oder weniger Recht mit der Syphilis in Verbindung gebracht werden, viel weiter gehen, als die eigentlichen Begründer der Methode; sie wenden Hg vielfach in direkt kritikloser, schädigender Weise an und bringen dadurch die Aerzte, welche es verordnen, und das Medikament in Verruf.

Die in der Mehrzahl der Fälle auftretenden Rezidive machen ja allzuleicht fast jeden Arzt praktisch zu einem Ausführer der chronisch-intermittierenden Behandlung. Es ist aber ein großer Unterschied zwischen dieser, im Bedarfsfalle sich von selbst ergebenden Methode und zwischen einer Erhebung derselben zum Gesetz, das für alle Fälle gültig ist, besonders wenn dieses Gesetz sich stützen muß auf theoretische Ansichten über das Wesen der Syphilis, die wir nicht beweisen können. Es sieht in der Tat oft so aus, als seien nicht die Grundsätze der Behandlung auf die Anschauungen über das Wesen der Syphilis begründet, sondern als seien die Anschauungen über das Wesen der Syphilis ein Produkt der Ansicht über die gewählte Art der Behandlung und wenn weiter diese Ansicht sich stützt auf Statistiken über die Häufigkeit des Tertiarismus, die absolut unhaltbar sind. In einer vierzehnjährigen Tätigkeit im Orient hat D. eingehende Studien über die Wirkung der chronisch-intermittierenden Fournierschen Behandlung machen können. Die Fournierschе Methode, besonders mit den Ricordschen Pillen, war bis dato die klassische Methode der Behandlung im Orient, und zum nicht geringen Teile waren es Patienten Fourniers selbst, die nicht selten mit einer schriftlichen Verhaltungsvorschrift für mehrere Jahre von Fournier versehen waren. Zunächst verliert damit die Methode das Recht, von individueller Behandlung zu sprechen.

Weiter aber waren die Resultate trostlos. Nie hat D. schwerere Anämien, Neurasthenien, ausgedehntere und durch keine spezifische Therapie beeinflussbarere Erscheinungen der Syphilis gesehen, wie bei den nach der Fournierschen chronisch-intermittierenden Methode behandelten Patienten.

Nach den ersten Erfahrungen zu Beginn seiner Tätig-

Digitized by Google

keit im Orient — der Neuankömmling bekommt zuerst die hoffnungslosen, verzweifelten Patienten zu sehen — glaubte D., eine viel schwerere Syphilis im Orient vor sich zu sehen, als in Deutschland. Aber sehr bald sah er, daß die Erscheinungen auf den Schleimhäuten in der Frühperiode z. B., die eine ganz unbekannte Hartnäckigkeit zeigten, mindestens so sehr auf Hg-Mißbrauch, als auf die Lues zurückzuführen waren. Weiter erkannte er, daß die ausgedehnten, keiner spezifischen Therapie zugänglichen Späterscheinungen sich mit Vorliebe entwickelten bei Individuen die sehr gewissenhaft und ausdauernd innerlich Hg genommen hatten. Alle diese Individuen zeigten eine ausgesprochene Anämie, Kachexie, und die meisten von ihnen litten an chronischen Gastritiden und Enteritiden.

Andererseits sah aber D., daß die Syphilis bei Türken, Griechen, Armeniern, Spaniolen im wesentlichen dieselbe ist wie bei uns, und daß Hg genau so wirkt wie bei uns; und ebenso daß eine chronisch-intermittierende Behandlung in dem strikten Neisser'schen Sinne nicht nötig ist, um das Maß von Heilung zu erreichen, das wir überhaupt gewährleisten können.

Jedenfalls war das Ergebnis seiner Erfahrungen in wenigen Worten das: In den meisten Fällen kommen wir mit weniger Hg und weniger Kuren aus als im allgemeinen nach der Neisser-Fournier'schen angewendet werden; Enthaltung von Alkohol, ruhige, hygienische Lebensweise sind so wichtige Faktoren, daß in manchen Fällen die hartnäckigen Rückfälle und dauernden Erscheinungen viel mehr auf die Lebensweise als auf die Syphilis zu schieben und mit Hg schwer oder gar nicht zu beeinflussen sind.

Wenn wir sehen, daß A. nach drei Injektionen einer 10proz. Hg salicylic.-Suspension keine Symptome mehr hat, und vielleicht irgend welche Intoxikationserscheinungen zeigt, dass er nach 10 Spritzen für 4—5 Monate symptomfrei bleibt, während B. nach 6 Spritzen noch ein deutlich sichtbares Exanthem hat, fast während der Behandlung frische Papeln an der Zunge zeigt, nach 6 Wochen mit nässenden Papeln an den Genitalien wiederkommt, so kann man ohne tiefe theoretische Reflexionen darüber, ob das Hg bakterizid oder antitoxisch wirkt, schließen, daß A. und B., oder besser die Syphilis von A. und B. auf Hg sehr verschieden reagieren, sie werden also verschieden behandelt werden. Der Praktiker hat aber gelernt, daß die zweite Kur nach etwa zwei Monaten, während des ersten Jahres 3—4, während des zweiten 3 und während des dritten auch noch 2—3 Kuren von so und so viel Gramm Ungt hydrarg. ciner. oder so und so viel Spritzen eines löslichen oder unlöslichen Hg-Präparates zu wiederholen seien. Es wird dabei ganz ver-

Digitized by Google

gessen, dass Hg kein indifferentes Mittel ist, daß die Syphilis und ganz besonders einzelne Erscheinungen der Syphilis gar nicht selten spontan heilen.

Es ist Usus geworden, auch bei allen Spätsymptomen der Syphilis Hg neben dem Jodkali zu geben. D. hat mehr als 500000 Fälle (!) zum Teil der schwersten und ausgedehntesten Haut-, Schleimhaut-, Knochen- und Gelenkerkrankungen erworbener und ererbter Syphilis behandelt, — fast nie hat er Hg verordnet, er ist fast immer mit Jodkali zu einem befriedigenden Resultat gekommen. Wenn gummöse Erkrankungen im Gesicht, an den Lippen sitzen, ist das kosmetische Resultat nicht gleichgültig — und es ist bei Jodkali besser als bei Hg. In vielen Fällen versagt das Hg übrigens direkt.

Ob es angebracht ist, Spätsyphilide mit kombinierter Methode oder nur mit Jod zu behandeln, darüber läßt sich gewiß streiten, und es wird Erfahrung gegen Erfahrung stehen.

Unbedingt zu verwerfen ist aber die besonders in einigen unserer ersten Badeorte kritiklos durchgeführte Hg-Behandlung der Tabiker oder Tabesverdächtigen, oder überhaupt aller Organerkrankungen, bei denen vielleicht Syphilis in der Anamnese eine Rolle spielt.

In der kurzen Zeit, seit der D. wieder in Deutschland praktiziert, sind ihm schon eine ganze Zahl von Patienten begegnet mit Lues in der Anamnese, mit mehr oder weniger ausgesprochenen Tabessymptomen, denen jährlich wenigstens einmal eine energische Schmierkur in einem der beliebten Badeorte verordnet wird. Sowohl die Patienten, wie der konsultierende Arzt konnten einen Nutzen derselben nicht feststellen; die Ausführung der Kur geschieht auch nicht so sehr, weil der Arzt von der Wirkung derselben überzeugt ist, sondern weil nun einmal die betreffende Erkrankung mit Lues in Verbindung gebracht wird, weil in den besten Fällen der Patient vorher Lues gehabt hat, und weil es nun doch einmal Usus und Ansicht sei, und weil doch etwas geschehen müsse! Damit wird aber das Hg diskreditiert. Wir haben den in letzter Zeit ja gerade aus ärztlichen Kreisen kommenden Angriffen kaum etwas zu antworten! —

Im allgemeinen ergeben sich die von D. in der Syphilisbehandlung befolgten Grundsätze schon aus dem vorhergehenden. Sie seien aber hier nochmals in kurzen Zügen zusammengestellt.

Zunächst beginne man die Behandlung nie, ehe nicht das Exanthem auf der Haut oder auf den Schleimhäuten sichtbar geworden ist. Erstens ist die Diagnose, ob luetischer Primäraffekt oder nicht, doch in einer grossen Reihe

Digitized by Google

von Fällen selbst bei großer Erfahrung nicht mit der absoluten Sicherheit zu stellen, wie oft behauptet wird, und zweitens ist gerade der Einfluß der Hg-Behandlung auf das Exanthem ein wertvoller Hinweis auf die individuelle Reaktion in dem einzelnen Falle; man kann daraus auf die Menge des sowohl bei der ersten Behandlung, wie auch bei Wiederholung der Kuren nötige Hg Schlüsse ziehen.

Nur in Fällen, in denen besondere Gründe, ein mächtig sklerosierter oder zerfallender, jauchender Primäraffekt, frühzeitig auftretende Allgemeinsymptome, Fieber, Anämie, rheumatoide Schmerzen es wünschenswert erscheinen lassen, wird die Behandlung früher begonnen.

Besonders in der ambulanten Praxis zieht D. die Injektionen von 10 Proz. Suspension von Hg salicyl. in Paraffin. liquid. jeder anderen Methode vor. Sie ist wirksam, die Injektionen sind die wenigst schmerzhaften, die Intoxikationserscheinungen selten. Die Zahl der wöchentlich zweimal, in halber oder ganzer Dose (je $^1/_2$—1 Spritze) gegebenen Injektionen richtet sich nach dem Verschwinden der Erscheinungen. Hier wie bei jeder anderen Methode ist die Dosis: bis zum Verschwinden der Erscheinungen, und dann noch einige Spritzen; 12—14 Injektionen ist die Mittelzahl.

Grosses Gewicht lege man auf Alkoholabstinenz. Ruhiges, solides Leben ist wichtiger als die Kur selbst, wenigstens wird bei unsolidem Leben, ungenügendem Schlaf die Wirkung der Kur paralysiert. Caeteris paribus ist es unbestreitbar, dass die Patienten den weiteren Verlauf der Krankheit zum großen Teil selbst in der Hand haben. Unruhiges Leben, wie es z. B. Reisende führen, bringt fast stets trotz immer wiederholter Behandlung Rezidive mit sich, während regelmäßige Lebensweise, gute Ernährung, häufige Bäder, Bewegung in freier Luft, frühes Schlafengehen, Enthaltung von Alkohol und Tabak das Auftreten von Rückfällen sicher verzögern.

In Fällen, bei denen sich die Rezidive schnell und hartnäckig folgen, warte man, besonders bei Schleimhauteruptionen, mit dem Wiederbeginn einer Kur den Erfolg einer lokalen Therapie ab. Sind die Hg-Kuren rasch hintereinander nötig gewesen, ist die Wirkung des Hg eine ungenügende, so lasse man Decoct-Zittmanni forte, 750 g nach der Wiener Formel, 10—12 Flaschen gewärmt früh nüchtern im Bett trinken.

Während der Behandlung und auch in der Zwischenzeit müssen die Patienten oft warme Bäder nehmen. Bei Spätsymptomen wende man in den meisten Fällen zunächst nur Jodkali an, in Dosen bis zu 3 g pro die, nie über 6 g pro die. Wenn bei 5—6 g der Erfolg ausbleibt, bleibt er es

Digitized by Google

auch bei 10 und 15 g. Auch in solchen Fällen gibt man mit Erfolg Zittmann.

Wenn es sich machen lässt, müssen die Patienten im ersten und im zweiten Jahre nach einer Kur einen grösseren Urlaub im Gebirge, an der See oder in einem Badeort durchmachen.

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Die Behandlung von Gelenkerkrankungen mittelst Stauung nach Bier wird von diesem folgendermassen charakterisiert: „In allen Fällen lokaler Tuberkulose ist man berechtigt, die Stauungshyperämie als einleitendes Verfahren zu versuchen, soll aber bei offener Tuberkulose sowie bei schweren Knochenzerstörungen, besonders bei Sequesterbildung, nicht allzu viel Zeit damit vergeuden. Mit Rücksicht auf den Umstand, daß auch spontane Besserungen und Ausheilungen der Tuberkulose vorkommen, ist die Beurteilung der Stauung eine schwierige."

Auch Luxembourg hat auf Bardenheuers chirurgischer Station im Kölner Bürgerhospitale unter 23 Fällen von Gelenktuberkulose achtmal Besserung (Abnahme der Schwellung und Schmerzhaftigkeit, gute Granulationsbildung, Ausheilung der Fisteln), in sieben Fällen auffallend schnellen Stillstand des Prozesses unter der Stauung beobachtet und hatte nur einen entschiedenen Misserfolg.

Blecher, der den Einfluß der Stauung auf Gelenksteife nach Traumen und längerer Immobilisierung eingehend studiert und hierbei die Vornahme passiver Bewegungen unterlassen hat, berichtet über befriedigende Resultate. Die Toleranz der Kranken gegenüber recht energischen passiven Bewegungen und die rasche Wiederaufnahme physiologischer Gelenkexkursionen ist außerordentlich auffallend.

Was dies für die Nachbehandlung zahlreicher Erkrankungen und Verletzungen der Gelenke, Knochen und Weichteile der Extremitäten bedeutet, ist ohne weiteres klar. Die durch die Stauung gebotene Möglichkeit frühzeitiger Mobilisierung ist die wichtigste Leistung dieser Methode bei Gelenksteifigkeiten.

Lediglich unterstützende Wirkung können wir der Methode bei jenen Formen der Gelenkerkrankungen zusprechen, die mit größeren Transsudaten und Extravasaten einhergehen, also bei der serösen Synovitis, dem Hydrops der Gelenke, dem sogenannten chronischen Gelenkrheumatismus mit Ausnahme der hyperplastischen Form desselben, der Arthritis deformans, und bei Gelenkverletzungen.

Digitized by Google

Es bedarf hier des ausdrücklichen Hinweises auf die Tatsache nicht, daß die Stauungsbehandlung, gleich jeder physikalischen Behandlungsart, im gegebenen Falle mit anderen Methoden kombiniert werden muß, um voll befriedigende und relativ rasche Resultate zu zeitigen. Wir werden unmittelbar nach Lösung der Staubinde nicht selten zentripetale Massage der gestauten Teile anwenden, um das Oedem zu beseitigen, und zwecks energischer Anregung der Resorption der Stauung aktive Hyperämie in Form von Bewegungen, Alkoholumschläge, Heißluftbehandlung, Dampfduschen etc. folgen lassen. Die zielbewußte Vereinigung mehrerer Methoden nach Maßgabe der vorliegenden Anzeigen ist ja zweifelsohne Voraussetzung kunstgerechter ärztlicher Behandlung.

Die Frage, welche Gelenke sich für die Anwendung der Staseotherapie eignen, ist dahin zu beantworten, daß vornehmlich die distalen Gelenke — Finger-, Zehen-, Hand- und Fußgelenk — sodann die mesialen Gelenke — Ellbogen und Kniegelenk — hierzu am geeignetsten erscheinen. Beim Schultergelenk erwachsen der Technik der Stauung wohl einige, durch Exaktheit in der Anlegung und Fixierung der Staubinde überwindbare Schwierigkeiten, während das proximale Gelenk der Unterextremität, das Hüftgelenk, nach dem derzeitigen Stande der Stautechnik als von dieser Methode ausgeschlossen zu bezeichnen ist.

Die Technik der Stauung ist — die Befolgung einiger einfacher und wohl selbstverständlicher Vorsichtsmaßregeln vorausgesetzt — die denkbar einfachste.

Oberhalb des erkrankten Gelenkes wird eine dünne schmiegsame, 6—7 cm breite, 1—1½ m lange Gummibinde in einander deckenden Gängen so angelegt, daß der Puls an der distalen Arterie unterdrückt wird. Um Dekubitus zu vermeiden, wird vor Anlegung der Gummibinde eine Lage einer dünnen Flanell- oder Cambricbinde unterlegt und bei täglich vorzunehmender Stauung der Ort derselben derart gewechselt, daß die Staubinde bald ein wenig höher, bald tiefer appliziert wird.

Soll ein Mittel- oder proximales Gelenk (Ellbogen, Knie, Schulter) gestaut werden, so empfiehlt es sich, den distalen Gliedabschnitt mit einer dünnen Flanellbinde bis unterhalb des zu stauenden Gelenkes einzuwickeln. Niemals darf die Stauung Schmerz oder größere Unbequemlichkeit hervorrufen.

Die Dauer der Stauung variiert nach der Indikation.

Die Erfahrungen, die bisher mit dieser Methode gemacht wurden, rechtfertigen das Verlangen, bei gonorrhoischen Arthritiden die Staubinde 8—22 Stunden liegen zu lassen, ein Verfahren, das selbstredend sorgfältige Ueberwachung des Kranken zur Voraussetzung hat. Beim akuten

Digitized by Google

Gichtanfall, beim akuten und subakuten Gelenkrheumatismus und bei schweren Versteifungen der Gelenke stauen wir 6—8 Stunden in 24 Stunden, vorteilhaft während der Nachtzeit; bei leichten Fällen von Gelenksteife sowie beim chronischen Gelenkrheumatismus 1—2mal täglich.

Bei Gelenktuberkulose empfiehlt Bier nach vielfachen Versuchen die Stauung in den ersten Tagen der Behandlung 7—12 Stunden täglich einzuleiten, bis die Schmerzhaftigkeit der Gelenke herabgesetzt ist, dann die Zeit aut die Hälfte zu reduzieren und immer mehr herabzugehen, bis nach einigen Wochen und Monaten nur noch eine Stunde täglich gestaut wird.

In jüngster Zeit wurden von Bier behufs kräftigerer Anwendung der passiven Hyperämie Apparate angegeben, die, nach Art des Junod'schen Stiefels, also eines großen Schröpfkopfes, wirkend, den zu behandelnden Teil dem Einflusse verdünnter Luft aussetzen.

Die Entfernung des Condyloma acuminatum mittelst Erfrierung v. M. Schein. (Aus dem dermatologischen Ambulatorium der allgemeinen Arbeiter-Krankenkasse in Budapest.)

Das geübte, an 30 Kranken erprobte Verfahren besteht in der Vereisung der Kondylome.

Dies geschieht auf die Weise, daß mittelst Aethylchloridstrahles die gesamte Oberfläche, die Basis, allenfalls auch der Stiel des Gewächses zum Erfrieren gebracht wird. Die gesunde Umgebung wird mittels trockener Gaze oder Watte gegen die Einwirkung des Aethlychlorids geschützt. Sobald das Gewächs und dessen Basis hart und weiß geworden ist, ist die Prozedur vollendet. Der Kranke bleibt noch einige Minuten liegen, dann steht er auf und braucht keinerlei Mittel zu benützen. Das Kondylom stirbt nach einigen Tagen ab und fällt von selbst ab.

Viele Kranke klagen während der Einwirkung des Aethylchloridprays über ein stechendes Kältegefühl, nach der Prozedur über ein durch einige Minuten anhaltendes Brennen. Doch hatte keiner der beobachteten Fälle weder während noch nach der Vereisung einen intensiven Schmerz. Die meisten bezeichneten den Schmerz als erträglich, einzelne als gering.

Nach dem Erfrieren verschwindet die lebhaft rote Farbe des Kondyloms und macht einer blauroten infolge hochgradiger Zyanose eintretenden Verfärbung Platz, diese übergeht dann in eine schwarz-blaue Farbe. Diese Farbenveränderungen sind auf hochgradige Stauungen und Thrombenbildung in den Gefäßen zu beziehen, infolge deren

Digitized by Google

die Ernährung des Kondyloms so hochgradig gestört wird, daß dasselbe abstirbt.

Sch. hat das Verfahren nicht bloß gegen einzelnstehende und kleine Papillome benützt, sondern mit gleichem Erfolge auch in Fällen, wo die Papillome zu förmlichen Geschwülsten zusammengeflossen waren. So gelang es ihm, eine um die Analöffnung herum gewucherte Gruppe von spitzen Kondylomen durch zweimaliges, in einmaliger Pause geübtes Vereisen zum Schwunde zu bringen. In mehreren Fällen, in welchen die Kondylome fast den ganzen Sulcus coronarius und das Frenulum okkupierten, gelang es, dieselben durch einmaliges Erfrieren wegzubringen.

In vielen Fällen war eine einmalige Behandlung vollständig, um die Geschwülste endgiltig zu vertilgen, nur ausnahmsweise mußte die Behandlung zwei-, drei- oder viermal wiederholt werden, namentlich dann, wenn die Kondylome von einer dickeren Hornschicht bedeckt waren.

Bei einigen Kranken schwanden zwar die Kondylome, kehrten jedoch später wieder. Die rezidivierenden Geschwülste wurden neuerdings zum Erfrieren gebracht.

Das Verfahren ist zweifellos besser als die bisher gebräuchlichen. Seine Vorteile sind evident. Es ist einfach, sicher, reinlich, führt rasch znm Ziel, kann jederzeit sofort vorgenommen werden, bedarf keinerlei Vorbereitung, keiner Assistenz, keiner Nachbehandlung, führt zu keiner Blutung.

Man muß jedoch darauf achten, daß der Strahl des Aethylchlorids ein starker, energischer sei und nicht bloß die Oberfläche des Kondyloms, sondern auch dessen Basis treffe. Sind viele Kondylome auf einer größeren Fläche zerstreut vorhanden, so kann das Verfahren öfter vorgenommen werden.

Man könnte nach Sch. das gleiche Verfahren auch gegen andere Neubildungen, welche einen ähnlichen Bau aufweisen, versuchen. In erster Linie kämen hier an anderen Körperstellen sitzende Papillome und gutartige gestielte Geschwülste in Betracht. Es wäre jedoch möglich, daß auch die mit chronischer Geschwürsbildung verschiedenen Ursprungs einhergehenden überwuchernden Granulationen mit günstigem Erfolge auf die gleiche einfache Weise behandelt werden könnten. (Wien. Kl. Wochenschr. 05. 5.)

Technik der Jodipin-Injektion. Von Felix Pinkus, Berlin. (Med. Klinik 6. 05). Die Injektionen von Jodipin werden am besten in den Rücken oder das Gesäß gemacht. Man beginnt mit der Injektion von 1 ccm 10% Jodipin und kann, wenn diese geringe Menge ohne lokale und allgemeine Beschwerden ertragen wird, täglich steigen (2, 5, 10, 20 ccm) bis zu 20 ccm und mehr des starken Prä-

Digitized by Google

parates. Die größeren Oelquanten werden mit einer 20 ccm fassenden Ultämannschen Spritze eingeführt, auf die eine Stahlkanüle von dem Kaliber der für Serumeinspritzungen üblichen paßt. Das dickflüssige starke Jodipin stellt man kurze Zeit vor der Benutung in warmes Wasser, wodurch es dünner und leichter injizierbar wird. Die Injektion kann, je nach der Verträglichkeit. zweimal wöchentlich bis täglich ausgeführt werden (cf. Klingmüller, Berl. klin. Wochenschr. 1899, Dtsch. med. Wochenschr. 1900). Schmerzen nach der Injektion sind fast nie vorhanden, obwohl auch in dieser Beziehung Ausnahmen vorkommen, welche sogar zuweilen vom weiteren Gebrauch des Mittels Abstand zu nehmen zwingen. Eine leichte, 2—3 Tage anhaltende Empfindlichkeit um die Injektionsstelle ist bei größeren Mengen, auch bei vorsichtigster und langsamster Einspritzung, die ganz allmählich das Gewebe entfaltet, vorhanden. Ab und zu treten bei besonders empfindlichen Kranken die Erscheinungen der Jodacne ein, selten, aber dann um so hartnäckiger. Größte Vorsicht ist zur Vermeidung von Embolien geboten. Ganz besonders ist die Beachtung aller Vorschriften bei Injektion in die Glutaealgegend von nöten. Es gelten hier die Regeln, die für ungelöste Quecksilberinjektionen im Gebrauch sind. Die Injektion wird im Liegen (Bauchlage) vorgenommen. Die Kanüle soll nicht zu tief, höchstens bis in die oberflächlichen Muskellagen, eindringen. Vielleicht ist es von Nutzen, sich an die anatomischen Regeln, welche kürzlich von Groß aufgestelt wurden, zu halten (Arch. f. Derm. u, Syph. 1904. Bd. 72. S. 67). Gr. gibt als beste Injektionsgegend eine Gesäßpartie an, die ungefähr die Grenze zwischen äußerem und mittlerem Drittel der Hinterbacke einnimmt, von der Höhe des Oberrandes des Trochanter maior an einige Fingerbreit abwärts. Jadassohn empfieht den äußeren oberen Quadranten des Gesäßes, Möller die Partien, welche über einer Horizontalen durch den obersten Punkt des Trochanter maior liegen. Nach dem Einstich ist die Spritze von der Kanüle abzunehmen und darauf zu achten, ob Blut austritt (Lesser) oder auch nur der Flüssigkeitsspiegel sich vorwölbt (Magnus Möller). Nach ca. 1—2 Minuten langem Warten empfiehlt es sich, mit der (dieses Zweckes halber nicht vollkommen gefüllten) Spritze anzusaugen (Schäffer) und wiederum zu warten, ob Blutausfluß oder Vorwölbung in 1—2 Minuten auftritt. Auch ist es wichtig, durch Ausspritzen von ein wenig Flüssigkeit aus der Spritze in Watte sich zu überzeugen, daß kein Blut etwa in deren Ansatz aufgesogen worden war. Zur Erkennung dieser kleinen Blutmengen hat kürzlich Schäffer (Naturforscherversammlung. Breslau, 1904) eine eigene Spritze mit gläsernem Kanülenansatz empfohlen. Wenn alle diese

Digitized by Google

Vorsichtsmaßregeln ergeben, daß die Spitze der Kanüle in keinem Gefäßlumen steckt, wird langsam injiziert, schnell herausgezogen, etwas (nicht stark) die Gegend massiert und die Stichöffnung mit einem Zinkpflaster verschlossen. Wie nötig die genannten Vorschriftsmaßregeln und wie gefährlich die Injektion großer Oelmengen in die Blutbahn sein können, lehrt der von Möller (Arch. f. Derm. u. Syph. 1901, Bd. 55. S. 182) zitierte Fall von Fibiger, der 50 Stunden nach einer Injektion von 50 ccm Oel (Nährmittel bei Striktur des Oesophagus) an Embolie in Gehirn, Lungen und anderen Organen starb.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrie.

Zur Technik der forcierten Entbindung bei Eklampsie. Von Hammerschlag-Königsberg in Pr. Vortrag, gehalten in der Ost- und Westpreußischen Gesellschaft für Gynäkologie am 26. November 1904. (Schluß) Einer unserer fünf Fälle ist ebenfalls an den Folgen der Operation, und nicht der Eklampsie, zugrunde gegangen. Ein kleiner parametraner Abszeß, der unzweifelhaft auf Infektion intra operationem beruhte, hätte zwar an und für sich keine Bedeutung gehabt, wenn er nicht zur Thrombose, Embolie und Lungengangrän geführt hätte.

Was die Spätfolgen der Operation anlangt, so liegen Nachuntersuchungen operierter Fälle von Bardeleben aus der Berliner Klinik und von H. vor und erstrecken sich auf 10 Patientinnen.

7 zeigten keine abnormen Verhältnisse. Bei dreien zeigten sich Spalten in der vorderen Zervixwand, entsprechend nicht geheilten Inzisionen.

Wenn auch diese Patientinnen hieraus keine Folgezustände aufwiesen, wäre es doch denkbar, daß sich Katarrhe usw. an das Offenstehen der Zervix anschlössen; ein weiterer wichtiger Punkt wäre jedoch der, zu erwägen, ob nicht die Narbe im unteren Uterinsegment bei einer erneuten Geburt Veranlassung zu einer Uterusruptur geben könne.

Bisher ist eine Geburt nach vaginalem Kaiserschnitt nicht beobachtet worden, 2 von Bardeleben nachuntersuchte Frauen waren gravide.

Wenn wir nunmehr die 4 besprochenen Methoden in ihrer Wichtigkeit gegenüber stellen, so ergeben sich die Schlußfolgerungen logisch aus diesen Ausführungen.

Da alle Methoden eine ziemlich gleichmäßig schnelle Entleerung des Uterus gestatten, in diesem Punkte also gleichwertig sind, so bleibt zu untersuchen, welche Operation

Digitized by Google

im gegebenen Falle am wenigsten augenblickliche und spätere Schädigungen für die Operierte mit sich bringt.

Die Dührssenschen tiefen Zervixinzisionen sind am besten ganz zu vermeiden. Wegen der Gefahr der Blutung und des Weiterreißens nur in der Klinik und unter gynäkologischer Assistenz ausführbar, stehen sie dann an Sicherheit und Präzision des Verfahrens hinter dem vaginalen Kaiserschnitt zurück, haben also zu dessen Gunsten zurückzustehen. Dieses letztere, ein vorzügliches Verfahren, hat bis jetzt zwei Todesfälle an Infektion in seinem Gefolge gehabt, von denen der eine allerdings, wie oben ausgeführt, kein reiner Fall war, der andere durch eine unglückliche Komplikation zum Exitus führte. Spätfolgen sind bei der Neuheit des Verfahrens noch nicht bekannt geworden, ihre theoretische Möglichkeit ist oben erwähnt.

Jedenfalls steht diese Gefährlichkeit bei weitem hinter der des abdominalen Kaiserschnittes zurück, der, wie oben erwähnt, bei Eklampsie 12% Mortalität an Sepsis mit sich gebracht hat. Dieser ist also aus der Therapie der Eklampsie auszuschalten und nur noch für diejenigen Fälle zu reservieren, wo neben der Eklampsie ein Kaiserschnittbecken vorhanden, eventuell wo es sich um eine Operation in der Agone oder in mortua handelt.

Die Dilatation nach Bossi hat, wie oben erwähnt, einen Exitus durch das Verfahren bislang noch nicht gezeigt. Die große Zahl von Rissen, die jedoch bei der Dilatation vorgekommen sind, lassen für später Schädigungen erwarten. Solche Folgen sind schon von Bardeleben bei 6 nachuntersuchten Patientinnen festgestellt worden. 5 von diesen Frauen hatten Risse mit anschließenden Parametritiden und Schmerzen aufzuweisen; in einem Falle war ein Abort erfolgt.

Hieraus folgert sich nun nicht, daß man das Verfahren aufgeben müsse, sondern, daß man bei dem Verfahren, welches, wie oben erwähnt, vorzügliche Resultate gibt, die Risse vermeiden muß.

Dies kann man, wenn man nur geeignete Fälle dem Verfahren unterwirft, also Mehrgebärende mit verstrichener Zervix.

Gegenüber den anderen Verfahren hat die Dilatation nach Bossi dann noch den Vorteil, daß man sie in der ambulanten Praxis anwenden kann, während die übrigen Operationen die Klinik und Assistenz verlangen.

Unter Berücksichtigung dieser Umstände glaubt H. jeder der skizzierten Methoden ihren Platz in der Therapie der Eklampsie anweisen zu können.

Digitized by Google

Ueber die Behandlung der Katarrhe der weiblichen Genitalorgane von Prof. Dührssen (Berlin). Regel muß sein: bei jeder Klage über „weißen Fluß" genau untersuchen, da die Ursache ein beginnendes Uteruscarcinom sein kann.

Therapie des akuten Scheidenkatarrhs (bes. die Colpitis gonorrhoica): Verbot der Kohabitation und Untersuchung des Mannes! Lokal: Vagina mit 1%iger Lysoformlösung ausspülen, dann Tampons mit 1—5%iger wäßriger Ichtharganlösung mittelst einesmöglichst kleinen Röhrenspiegels in die Vagina einführen. Nach 24 Stunden werden die Einlagen durch neue ersetzt. Stößt sich am 3. Tag die Epitheldecke in Fetzen ab, so pausiert man mit der Behandlung 1—2 Tage. Gleichzeitig dte Urethritis durch Injektion derselben Lösung in die Urethra mittelst der Fritschen Kanüle und einer Pravazschen Spritze behandeln!! Bei Kindern spritzt man mit diesem Instrument die Vagina aus.

Therapie der chron. Colpitis: Außer dieser Behandlung Spülungen, an dem einen Tage mit 10 g einer 50%igen Chlorzinklösung auf 1 l Wasser (lauwarm) und am nächsten Tage mit 1%iger Lysoformlösung.

Therapie der nichtgonorrhoischen Colpitis: Beseitigung der Ursachen (Fremdkörper, Blasenscheidenfistel etc.)

Therapie der Colpitis senilis: Eingießen von rohem Holzessig in die Scheide 2—3 Mal wöchentlich. Rest des Mittels mit Lysoformlösung wegspülen.

Therapie der akuten gonorrhoischen Form des Uteruskatarrhs: Bettruhe, Darmentleerung, Eisblase. Erst nach Rückgang der ersten stürmischen Erscheinungen lokale Behandlung.

Therapie des chronischen Cervixkatarrhs: Portio im Spiegel einstellen, Abspülung mit antiseptischer Lösung und Beseitigung des Schleimes durch Auswischen mit watteumwickelter Playfairscher Sonde. Dann eine solche mit 25% gem Karbolalkohol getränkte Sonde lansam bis inneren Muttermund vorschieben uud eine Weile liegen lassen. Eine ev. Erosion kann man noch für sich ätzen, nachdem man zuvor etwaige Ovula nabothi mit einem Lanzenmesser geöffnet hat. Diese Behandlung geschieht 2 Mal wöchentlich.

Bei hypertrophischer, macerierter, mit Ovula nabothi durchsetzter Portio hilft nur eine Operation: Amputatio portionis, Exzisio mucosae cervicis.

Therapie des Katarrhs der Corpusschleimhaut: 2—4 Mal monatlich Aetzen mit 25%igem Karbolalkohol mittels watteumwickelter Playfairscher Sonde. Vor und nach der Aetzung Uterus mit antiseptischer Lösung ausspülen. Bei ev. auftretenden Uteruskoliken: Morphiuminjektion. Für hartnäckige Fälle: Auskratzung mit nachfolgenden Aetzungen.

Digitized by Google

Bei Corpuskatarrh mit Meno- oder Metrorrhagien ist der Aetzbehandlung stets eine Ausschabung vorauszuschicken. Bei der Auskratzung ist stets der Cervixkanal für sich zu kurettieren.

Therapie des Tubenkatarrhs: (Hydrops tubae profluens). Exstirpation der erkrankten Tube. — (Deutsche med. Wochenschr. Therap. d. Gegenwart 2. 05).

Ueber die Gefahren intrauteriner Injektionen. Von P. Zweifel. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30, 1904.) Z. knüpft an eine eigene Beobachtung. Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt machte er persönlich eine Uterusausspülung mit abgekochtem Wasser. Die Schwangere wurde dabei blau im Gesichte, bewußtlos, bekam ein allgemeines Zucken über den ganzen Körper, wie bei einem schweren eklamptischen Anfall. Nachher traten Bluthusten auf, rasche Temperatursteigerung unter Schüttelfrost bis zu 41° C. Am anderen Tage Ausstoßung der Frucht, zweiter Schüttelfrost und rascher Abfall des Fiebers mit Uebergang zur Genesung; der Bluthusten blieb längere Zeit bestehen die Hämoglobinurie hörte bald auf. Z. nimmt als das Wahrscheinlichste an, daß das in den Uterus fließende Wasser Blut aufgelöst und daß dieses dann zu Gerinnungen, zu Lungeninfarkt und zur Hämoglobinurie geführt habe. Bei gynäkologischen Patienten mit unverletzter Gebärmutterschleimhaut sind die Symptome verunglückter Intrauterininjektionen andere; hier sind es heftigste Koliken, manchmal mit daran sich anschließender Peritonitis.

Z. spritzte in karzinomatöse Uteri eine gefärbte Desinfektionsflüssigkeit mit einer Braunschen Spritze bei offener Bauchhöhle ein und beobachtete dabei, daß sich die Flüssigkeit über die ganze Tube bis zum Ostium abdominale hin verbreitete. Man darf deshalb bei diesen intrauterinen Einspritzungen nur ganz wenig Flüssigkeit einbringen, damit höchstens eine flächenhafte Benetzung der Gebärmutterschleimhaut entsteht, ein Ueberfließen aber unmöglich ist. Braun gibt dabei als Menge 1—2 Tropfen an.

Folgende Arzneimittel hält Z. zur intrauterinen Injektion für geeignet: Argent. nitr. 2—5proz., Alumnol 5—10proz., Formalin 25proz., Zinc. chlorat. 5—20proz., T. Jodi und Liquor ferri sesquichlor. verdünnt oder unverdünnt. Das letztere ist hievon jedenfalls das gefährlichste Mittel.

Empfehlenswerter als die Einspritzungen sind die Betupfungen mit dem Sängerschen Silber oder Mengeschen Hartgummistäbchen. Absolute Kontraindikation gegen alle intrauterinen Eingriffe ist natürlich Entzündung der Gebärmutter oder deren Umgebung.

Digitized by Google

Verschiedenes.

Uebergang von Brom in die Frauenmilch. Von Dr. Heinrich Rosenhaupt. Der sichere chemische Nachweis in der Milch der Stillenden ist bisher nur für Salizylsäure, Jod und Quecksilber gelungen, durch das Tierexperiment auch für Opium und seine Alkaloide, für Atropin und toxische Dosen von Alkohol. Ist analog dem Jod auch das Brom mit Wahrscheinlichkeit in diese Reihe zu bringen, so schien es überflüssig, chemische Versuche diesbezüglich anzustellen. In einem Falle, in dem die stillende Mutter Brom nahm, gelang es nun (nach einer neuen Methode), den Nachweis zu erbringen, daß Brom in geringen Spuren übergeht; irgend welche Schlüsse für die Praxis daraus zu ziehen, scheint nicht berechtigt, d. h. es ist nicht erforderlich, das Kind vor der bromhaltigen Milch zu bewahren. Daß aber selbst so kleine Bromdosen, längere Zeit verabreicht, Intoxikationserscheinungen machen können, scheint nach den klinischen Erfahrungen des beobachteten Falles, wo eine Akne nach der Abstillung schnell verschwand, doch wahrscheinlich. — (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 40.)

In der Broschüre: „Praktische Erwägungen über Operieren unter Anwendung der Narkose" sagt Professor Dr. O. Witzel in Bonn über das **Chloroform-Ansschütz:** „Wir dürfen einem solchen Präparate, wie unsere eingehende Statistik immer weiter beweist, — und wie das auch von H. Schmidt in seiner Arbeit: Die Narkose mit dem Salizylid-Chloroform-Anschütz (Münch. med. Wochenschrift" 1894, No. 26) bestätigt wird, -- ein Vertrauen schenken, welches den früheren Chloroformarten nicht zukommen konnte, auch bei Anwendung der Tropfmethode. Voraussetzung für das Vertrauen ist aber Vertrautheit des Arztes mit allem, was für die gute Ausführung einer Narkose Erfordernis ist. Deshalb hat Witzel es für richtig gehalten, dem Chloroform-Anschütz auf seinem Wege zu den Kollegen die Vorschriften gedruckt mitzugeben, welche für die Anwendung desselben in seinen Anstalten streng befolgt werden. Sie sind so einfach, daß sie auch unter den ärmlichsten Verhältnissen der Privatpraxis befolgt werden können. Die Innehaltung macht auch den oft erhobenen Vorwurf gegen das Präparat hinfällig, dass es zu teuer sei, da gewöhnlich noch nicht der fünfte Teil dessen gebraucht wird, was früher erforderlich."—

Eine neue Art der Digitalisdarreichung, welche mitelst eines nach der Vorschrift des bekannten Rostocker Pharmakologen Prof. Dr Kobert von der dortigen Apotheke des Herrn Dr Chr. Brunnengräber hergestellt wird, sind Tabletten aus der unter forcierter Trocknung von giftigen Nebenwirkungen befreiten und gleichzeitig die Digitaliswirkung aufs höchste konservierenden Drogue. Zahlreiche bisherige Erfahrungen haben gelehrt, daß durch Luftzutritt die Digitaliswirkung von Monat zu Monat in der in der üblichen Weise in den Apotheken aufbewahrten Droge geringer wird, während andererseits unerwünschte Nebenwirkungen sich vergrößern. Diese Tabletten werden nun durch ein Bindemittel sehr haltbar gemacht und in Glasröhrchen zu 10 Stück verkauft. Jede Tablette enthält 0,15 Fol. digitalis und hat nach Prof. Kobert den Wirkungs-

Digitized by Google

wert, daß 50 mg. bei 100 g. Frofchgewicht Stillstand in Systole des Herzens bedingen. Außerdem werden auch größere Pastillen fabriziert, aus welchen man ein Infusum herstellen lassen kann. Man hat bei Personen, welche seit Jahren Digitalis zu brauchen genötigt waren und ein feines persönliches Reagens auf die verfchiedenen Digitalispräparate bildeten, außerordentlich günstige Erfahrungen mit diesem neuen Präparat gemacht, das eine große Wirksamkeit bei Ausbleiben jeder unerwünfchten Nebenwirkung hat und außerordentlich haltbar ist.

Zur Behandlung des Keuchhustens. Hofrat Dr. Stepp in Nürnberg empfiehlt das Fluoroform als ein ganz vorzügliches Mittel für Keuchhustenbehandlung, insbesondere für das zarte Kindesalter. Das Mittel stellt eine 2—2½%ige Lösung Fluroform in Wasser dar, ist gefchmack- und geruchlos und absolut ungiftig. Die Gabengröße ist, selbst bei kleinsten Kindern, stündlich ein Kaffeelöffel bis Kinderlöffel voll. bei älteren Kindern sogar ein Eßlöffel. Oft fchon am ersten, manchmal erst am zweiten Tage tritt nach den Beebachtungen des St. eine starke Vorminderung der Anfälle auf. „Es geschieht dies mit einer Regelmäßigkeit, wenn nicht Gesetzmäßigkeit, welche eine spezifische Einwirkung des Fluroforms auf das Keuchhustengift als durchaus wahrfcheinlich erkennen läßt." — (Therap. Monatsh., H. 11, 1904.)

Zur Abwehr gegen aufdringliche Reklame. Ein Arzt erhielt vor kurzem eine Postsendung mit 150 Cigarren, welche nicht bestellt waren. samt Rechnung von 15 Mark. Der Absender fchrieb hinzu: Sie haben mir zwar keine Cigarren bestellt, ich erlaube mir dennoch, Ihnen solche zu senden in der Ueberzeugung, daß Ihnen dieselben vorzüglich fchmecken werden.

Der Arzt versuchte die Ware. fand in der Tat die Cigarren vorzüglich, verrauchte sie zu Ende und fchickte hernach dem Händler fünf Rezepte zu je 3 Mark mit folgender Bemerkung: Sie haben zwar keine Konsulation von mir verlangt, ich erlaube mir dennoch Ihnen beiligende Verordnungen zu senden, in der Ueberzeugung, daß Sie damit sehr zufrieden sein werden, Wollen sie gleichzeitig den Betrag zum Ausgleichen Ihrer Rechnung verwenden.

Eine Partie guterhaltener medizinifcher

Zeitschriften und Bücher

sind zu sehr mässigen Preisen abzugeben.

Verzeichnisse zu Diensten.

Schnitzler'sche Buchhandlung, Wetzlar.

Redakteur: Sanitätsrat Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro 3 XLV. Jahrgang März. 1905.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Klumpfußbehandlung im Säuglingsalter; Autoreferat von Dr. Schäffer in Leun. — Indikationen und Methodik der Digitalistherapie. Der Nachweis von Milchzucker im Harn. — Ueber Entfettungskuren. Die ersten Zeichen der Geisteskrankheiten (Schluß). Serumbehandlung des Heufiebers. Ueber Geheimmittel gegen Asthma. — Die Prinzipien der localen Heißluftbehandlung. Vermag ein Trauma eine auf konstitutioneller Basis beruhende Augenentzündung auszulösen. Ueber Nasen- und Rachenblutungen. Schwarze Binden. — Ueber Anwendung des äußeren Druckes bei Schädellagen. — Die Toulousesche Methode der Epileptikerdiät.

Klumpfussbehandlung im Säuglingsalter.

Von Dr. Schäffer in Leun.

Die Fortschritte, welche die mechanische Therapie auf allen Gebieten macht, haben auch für die Klumpfußbehandlung neue Apparate zur Erzielung möglichst vollkommener Korrektion gezeitigt.

Wie aber auf anderen Gebieten die Resultate um so günstiger sind, je früher die Behandlung einsetzt, so können auch in der Klumpfußbehandlung die operativen und maschinellen Eingriffe vermieden werden, wenn man die Fälle frühzeitig in Behandlung bekommt. Ehe die fehlerhaft gestalteten Knochen durch weiteres Wachstum zu einem ernstlichen Hindernis für das Redressement werden, ehe sie im Verein mit der zunehmenden Unnachgiebigkeit und Verkürzung der Aponeurosen und Sehnen blutiges Eingreifen erfordern, hat die Behandlung zu beginnen, also im frühen Kindesalter.

Dass die hochvervollkommnete chirurgische Technik es gestattet, krankhafte Zustände zu heilen, welche ohne eine gewisse Vernachlässigung nach der einen oder der anderen Seite nicht in die Erscheinung getreten wären und die anderseits ohne Operation nicht beseitigt werden können, ist gewiß sehr wichtig.

So wenig man aber solche Indikationen zur Operation absichtlich schaffen wird, um sie später durch technisch vollkommene Operationen oder Manipulationen zu beseitigen, soweit es doch möglich ist, ebensowenig darf man

Digitized by Google

verabsäumen, mit allen Mitteln auf eine so frühzeitige Behandlung der Klumpfußkinder hinzuwirken, daß Operationen überflüssig werden.

Dieser Appell an die Chirurgen und praktischen Aerzte erscheint mir aus zwei Gründen nicht überflüssig. Einmal wird z. Zt. in der Mehrzahl unserer Krankenhäuser noch zu sehr auf die vollkommene anatomische Heilung und zu wenig auf die möglichste Restituierung der Funktion gesehen, sodaß z. B. ein verletzter Finger nach einigen Wochen tadellos geheilt, aber nahezu steif, wieder herauskommt, während sich bei frühzeitiger Einleitung von Massage und Bewewegungsübungen die Heilung vielleicht etwas länger hingezogen, dafür aber einen brauchbaren Finger geliefert hätte.

Zweitens sind die praktischen Aerzte in demselben Sinne ausgebildet und technisch so auf der Höhe, daß sie Tenotomieen etc. ohne weiters vorzunehmen vermögen; sie tun es daher auch gegebenen Falles.

Nun hat aber selbst ein eifriger Verfechter der Tenotomie der Achillessehne, Little, bereits i. J. 1853 zugegeben, daß nach derselben die Funktion der durchtrennten Muskeln dauernd viel zu wünschen übrig läßt, die Wade hochsteht, und dünn bleibt, während ohne dieselbe faßt eine normale Wadenentwicklung ich erzielen läßt, Angaben, die ich auf Grund eigener Beobachtungen nach beiden Richtungen bestätigen kann. Es wird daher auch im Interesse der Patienten die Tenotomie nur für die spät zur Behandlung kommenden Fälle Anwendung finden dürfen

Im Kindes- und ganz speziell im Säuglingsalter sollte nur die orthopädische Manualbehandlung Anwendung finden.

Die Technik der operationslosen Klumpfußbehandlung ist einfach und zudem ambulantes Verfahren möglich.

Man behandelt mindestens wöchentlich zweimal mittels des König'schen Redressements.

Während ein Gehife das Knie der leicht abduzierten Extremität des auf dem Rücken liegenden Kindes fixiert, umgreift die gleichnamige Hand gabelförmig den Fuß, sodaß zwei Finger vor dem Unterschenkel über den Fußrücken, zwei über die Ferse verlaufen, während der Daumen auf der lateralen Fußsohlenseite liegt.

Durch eine pronierende Handbewegung wird der Unterschenkel in Außenrotation gebracht, während gleichzeitig durch Überstreckung im Handgelenk ein Zug auf den medialen und mittels des Daumens ein Druck auf den lateralen Fußrand ausgeübt wird. Zugleich wirkt der Daumen auf den vorderen Teil der Fußsohle der Spitzfußstellung entgegen.

Zunächst genügt die Korrektion bis zur normalen Stellung, allmählich wird zur Überkorrektion geschritten. In

Digitized by Google

den ersten Sitzungen ist ohnehin eine erhebliche Kraftentfaltung notwendig, weshalb man, da keine Narkose angewendet wird, möglichst schonend verfahren muß.

Der zweite Akt des König'schen Redressements wird in der gewöhnlichen Weise jedes Mal diesem ersten angeschlossen. Massage des Unterschenkels und speziell der Antagonisten, zu welcher die Angehörigen angelernt werden können, unterstützt die ärztlichen Bemühungen wirksam.

So kann man ohne alle Verbände zum Ziele kommen, wenn man in der Lage ist, die Behandlung lange und oft genug fortzusetzen. Wo dies nicht der Fall ist, können auch fixierende Verbände angelegt werden und zwar zweckmäßig in folgender Weise:

Wenn das Redressement soweit erfolgreich war, daß sich das Füßchen mit Leichtigkeit beim ersten Griff in aussenrotierte, pronierte dorsalflektierte und abduzierte Stellung bringen läßt, legt man nach demselben auf die Fußsohle den durch ein Stückchen Flanell gepolsterten langen Schenkel einer T-Schiene. Diese weicht von der Hahn'schen darin ab, daß sie mindestens so breit wie das Füßchen sein muß. Der Fuß der Schiene steht lateralwärts über.

Nun wird eine Heftpflasterrolle in der Weise abgewickelt, daß die erste Tour vom medialen Fersenrand beginnend um die der Fußsohle anliegende Schiene, die zweite über den Reihen (Spann) und um die Schiene herum an die Vorderseite des nach außen gerichteten kurzen T-Schenkels zu liegen kommt. Nachdem sie um diesen herumgeführt ist, wird das Heftpflaster auf der lateralen Seite des Unterschenkels herauf über das rechtwinklig gebeugte Knie und unter der Kniekehle durch in Spiraltouren zum Fuß zurückgeführt. Da durch die geringe Polsterung ein exaktes Folgen des Füßchens gesichert ist, wirkt die Schiene nicht nur, wie die Hahn'sche, durch einen Zug auf den supinierten inneren Fußrand, sondern auch durch Druck auf den pronierten äußeren. Die letzte Tour, welche die pronierende Zug- und Druck- und die außenrotierende Wirkung der beiden ersten unterstützt und außerdem die Dorsalflexion und Adduktion noch besonders bewirkt, verläuft dann hinter den Zehen um die Fuß-Schiene herum wieder auf die laterale Seite, dann um den seitlichen Fortsatz und abermals am Unterschenkel hoch usw., wie vorher.

Diese drei Touren um den Fuß, denen man natürlich ev. noch eine weitere anschließen kann, und die beiden um das Knie verlaufenden genügen vollkommen, der Verband hält sehr gut, und es wird kein Decubitus beobachtet; es müßte sich denn um eine abnorm empfindliche Haut handeln. Allerdings ist es notwendig zum Schutze eine Flanellbinde über das Ganze zu legen, welche von den Angehörigen ge-

Digitized by Google

wechselt wird, so oft sie durchnässt ist. Die Verbände kann man, nachdem man sie zuerst etwa alle 4 Tage gewechselt, später 8—10 Tage liegen lassen. Auftretende Rötung der dem Heftpflaster ausgesetzten Hautpartien indiziert freilich eine mehrtägige Unterbrechung und Waschungen, um einem Wundwerden vorzubeugen.

Von Oettingen, wie ich nachträglich aus der Literatur ersehe, hat vor 2 Jahren 26 Fälle von Säuglingsklumpfüßen in etwas anderer Weise erfolgreich behandelt.

Er unterscheidet zwei Akte bei seinem Verfahren, die er Redression und Fixation nennt.

Für den ersten, welcher dem ersten Akt des König'schen Redressements entspricht, schreibt er die genaue Zeitdauer vor; nach demselben müsse das Füßchen ganz lappig sein und sich in jede beliebige Stellung bringen lassen. Ich habe oben ausgeführt, weshalb ich ein langsameres Verfahren vorziehe.

Fixation nimmt v. Oett. mit einer Köperbinde vor, deren erste Touren mit Harz am Füßchen festgeklebt werden, ohne Verwendung einer Schiene.

Wie ich erwähnte, halte ich die Fixation überhaupt nicht für unbedingt erforderlich, jedenfalls aber die Anwendung der erwähnten Schiene für sehr zweckmäßig, wenn Fixierung z. B. aus ökonomischen Gründen erforderlich. Die Ausübung der Fixation mittels einer Binde, wie sie v.O. benutzt, leidet auch unter der Notwendigkeit, diese öfters wechseln zu müssen, wenn das Kind sich verunreinigt. Sie ist deshalb und weil sie immerhin für die Wartung des Kindes sich recht störend bemerkbar machen dürfte, wohl mehr für stationäre Behandlung mit Erfolg verwendbar.

Ich möchte das von mir eingeschlagene Verfahren namentlich für die praktischen Aerzte empfehlen, die am ersten Gelegenheit haben, Säuglinge mit Klumpfüßen zu sehen und zu behandeln.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Indikationen und Methodik der Digitalistherapie. Von Prof. Dr. Hermann Eichhorst. In einem klinischen Vortrage setzt E. in anschaulicher Weise seine Ansichten über Indikationen und Methoden der Digitalistherapie auseinander.

Digitalis ist das Herzmuskeltonicum, welches weitaus am schnellsten und sichersten den ermatteten Herzmuskel stärkt. Es ist daher das souveräne Mittel bei allen Arten von Herzmuskelschwäche infolge von Erkrankungen der Herzklappen und des Herzmuskels, des Herzbeutels, der Herz-

Digitized by Google

arterien, der Aorta. Ein theoretiſch konstruiertes Verbot der Digitalisanwendung bei Erkrankung der Aortenklappen ist nicht begründet. Ferner kann Herzmuskelſchwäche die Folge von chroniſcher Erkrankung der Respirationsorgane (Emphysem, chroniſcher Bronchialkatarrh) oder der Niere (Schrumpfniere) sein; auch hier ist die Digitalistherapie von günstigstem Erfolge, ebenfalls, wenn durch Toxinwirkung bei Infektionskrankheiten Herzmuskelſchwäche eingetreten ist. Die Digitalis ist auch dann am Platz, wenn allgemeine Körperſchwäche, wenn Gifte, z. B. übertriebener Kaffee-, — Thee-, Alkohol-, Tabakgenuß oder psychiſche Erregungen den Herzmuskel geſchädigt haben.

Ob der Digitalis ein Einfluß auf die Herznerven zuzuſchreiben ist, ist zweifelhaft; jedenfalls sind die Erfolge der Digitalistherapie bei nervösen Herzerkrankungen höchst unsicher. Ist der Herzmuskel bereits stark anatomiſch verändert, ist er fettig oder bindegewebig entartet, so wird von der Digitalistherapie nicht viel zu erwarten sein; trotzdem wäre es unrichtig, in jedem Falle von vornherein auf das Mittel zu verzichten, erfährt man doch nicht selten durch die Obduktion, daß auch ein anatomiſch stark erkrankter Herzmuskel lange Zeit und häufig den Einflüssen der Digitalis gefolgt ist.

Ein spezifiſcher Einfluß der Digitalis auf gewisse Krankheiten, z. B. fibrinöse Pneumonie, ist nicht vorhanden. Hier wirkt sie nur dann, wenn Anzeichen von Herzmuskelſchwäche vorliegen.

Auf der Züricher Klinik gelangt die Digitalis seit Jahren nur als Blätterpulver in folgender Formel zur Verwendung:

Rp. Foliorum Digitalis pulverat. 0,1
Diuretini 1,0
Sacchari 0,3
S. Dreimal täglich ein Pulver zu nehmen.

Die Wirkung tritt nach den Erfahrungen E.'s viel ſchneller, sicherer und freier von unangenehmen Nebenwirkungen ein, als wenn die anderen Zubereitungen: das Infus, die Tinktur, das Fluidextrakt, das Golazsche Digitalisdialysat verordnet werden. Ueber das Digalen Cloëtta fehlen noch Erfahrungen. Auch von der Wirkung der Digitalisglykoside hält Verf. nicht viel und kann ihren Nutzen dem des Blätterpulvers nicht gleichsetzen.

In der Gabe soll man nicht zu vorsichtig sein; 0,1 g 3 mal täglich erſcheint für den Erwachsenen als zweckmäßigste und ausreichendste Menge. Kleinere Gaben sind häufig unwirksam und gewöhnen den Herzmuskel auch vielfach an das Mittel. Höhere Dosen können nicht selten Appetitlosigkeit, Uebelkeit und Erbrechen hervorrufen.

Digitized by Google

Im Durchſchnitt kann man 30 Pulver, alſo 10 Tage lang hintereinander verabreichen, doch kann dieſe Zahl auch ohne Bedenken überſchritten werden. Bei vielen Herzmuskelkranken (Alkohol-, Tabak-, Gichtherz, Arteriosklerose der Kranzarterien) iſt der chroniſche Digitalisgebrauch von ganz beſonderem Vorteil, doch wird man — oft viele Wochen lang — nur zwei oder ein Digitalis-Diuretinpulver pro die nehmen laſſen. Eine kumulative Wirkung hat man nicht zu fürchten, wenn man dieſe Dosen einhält.

Unangenehme Nebenwirkungen bleiben auch bei dieſer Verordnung nicht immer aus, doch laſſen ſie ſich auch bei empfindlichen Kranken vermeiden, wenn man das Pulver in Obladenkapſeln eine Stunde nach der Mahlzeit reicht und Kaffee mit etwas Kognakwasser nachtrinken läßt. Auch das Cloëttasche Digalen iſt keineswegs frei von dieſer üblen Nebenwirkung.

Die Wirkung macht ſich oft ſchon in den erſten 24 Stunden bemerkbar. Iſt nach 48 Stunden kein Erfolg zu erkennen, ſo iſt es zweifelhaft, ob überhaupt Digitalis von Nutzen iſt. Zuweilen wirkt indes die Digitalis erſt bei dem folgenden, ja bei dem dritten oder vierten Verſuch. Ein geſchwächter, überdehnter Herzmuskel iſt erſt nach anhaltender Bettruhe im ſtande, auf Digitalis zu reagieren.

Zuweilen, bei hochgradiger Cyanoſe und Atemnot, iſt Digitalis mit Exzitanien: Kognak, Wein, Champagner oder Kampfer zu verordnen. Der Kampfer wirkt ſicherer als Oleum camphoratum ſubkutan, als wenn er in Pulverform dem Digitalispulver beigemiſcht wird. Bei Infektionskrankheiten iſt Digitalis bei bedrohlichen Graden von Herzmuskelſchwäche mit Koffein zu kombinieren:

Rp. Coffeino Natrii salicylici
Glycerini
Aquae destillatae ana 5,0
S. 1—3 Spritzen ſubkutan.

Der Erfolg der Digitalistherapie äußert ſich zuerſt im Anſteigen der Harnmenge, zugleich ſchwinden die Hautödeme und die ödematöſen Anſammlungen in den ſeröſen Höhlen. Der Herzſchlag wird langſamer, regelmäßiger, der Puls größer und kräftiger.

Steigt die Harnmenge ſchnell auf eine bedeutende Höhe, ſo können Reſorptionsdelirien auftreten: es werden im Ueberſchuß toxiſche Stoffe in das Blut aufgenommen, die nun zu einer Art von Autointoxikation führen.

In jedem Falle iſt der Kranke während des Digitalisgebrauches vom Arzte ſorgfältig zu überwachen. Sinkt der Puls unter 60 Schläge in der Minute, ſo iſt die Darreichung ſofort zu unterbrechen, da ſonſt Angſt- und Ohnmachtsanwandlungen, Muskelzuckungen und Cheyne-Stokesſcher

Digitized by Google

Atemtypus auftreten können. Auch bei Herzbigeminie, namentlich im Verlauf von Mitralklappenfehlern, kommt es leicht zu Hirnerscheinungen, weshalb auch hier sofort Digitalis auszusetzen ist. — (Therap. Monatshefte.)

Die günstige Kombinationswirkung der Digitalis und des Koffeïns behandelt Braun, Wien, in einer experimentellen Studie. Es ist durch die Untersuchungen von Gottlieb und Magnus bekannt, daß die Digitalis eine Wirkung nicht nur auf den Herzmuskel ausübt, sondern daß sie auch eine ausgesprochen gefäßverengernde Wirkung besitzt. Diese gefäßverengernde Wirkung spielt ohne Zweifel auch schon bei den therapeutischen Digitalisgaben eine Rolle, und hierhin ist unter Umständen eine günstige, in anderen Fällen eine ungünstige Nebenwirkung der Digitalis-Herzwirkung zu suchen. Wahrscheinlich beruht überhaupt die bessere Wirkung kleinerer Digitalisdosen auf der geringeren Beeinflussung der Vasokonstriktoren. Braun hat nunmehr an dem nach Langendorff isolierten und künstlich mit einem Blutkochsalzgemisch gespeisten Herzen gezeigt, daß die vasokonstriktorische Wirkung der Digitalisstoffe sich auch auf die Kranzgefässe des Herzens erstreckt. Er bestimmte dazu einfach, in welchem Zeitraum 10 ccm Blut die Kranzgefäße des unbeeinflußten Herzens passierten, und in wie langer Zeit, wenn Digitalis (Digitalisdialysat) in der Blutmischung enthalten war. Es zeigte sich, daß im letzteren Falle die 7—8fache Zeit als im ersteren gebraucht wurde. Wenn hingegen gleichzeitig Koffeïn, oder auch Diuretin dem Blute zugefügt wurde, so konnte die vasokonstriktorische Wirkung der Digitalis mehr oder weniger beseitigt werden.

Es war nun die Frage, wie sich die eigentliche Herzwirkung der Digitalis durch die gleichzeitige Koffeïnbeigabe änderte. Die Untersuchungsanordnung machte es notwendig, mit der kleinsten Digitalisdosis, deren Folge für das Herz stets letal ist, zu beginnen. Es konnte gezeigt werden, daß die Lebensdauer des mit Digitalis vergifteten Langendorffschen Herzpräparates durch die gleichzeitige Koffeïnzufuhr entschieden verlängert wurde. Es wurden 1 ccm Digitalis-Dialysat und 1 mg Koffeïn angewendet. Das Zugrundegehen des Herzens konnte durch das Koffeïn nicht verhindert werden, doch betont Braun, daß ja das Koffeïn auch kein Antidot für die Digitalis darstellt, sondern daß es nur eine ihrer Teilwirkungen aufhebt. Außerdem wurden durch das Koffeïn die Arhythmien behoben und die Tonusschwankungen, die vielleicht als leichteste Digitalis-Vergiftungserscheinungen aufzufassen waren, beseitigt. Wesentlich ist noch, daß, während das Digitalisherz im kontrahierten Zustande abstirbt, nach gleichzeitiger Koffeïnabgabe das Absterben in schlaffem Zustande erfolgt.

Digitized by Google

Berücksichtigt man, daß die Herzleistung in hohem Maße abhängig ist von der Versorgung des Herzmuskels mit Blut, so ist der Schluß Brauns entschieden gerechtfertigt, daß die günstigsten Bedingungen für das Herz in pharmakodynamischer Hinsicht zweifellos dann gegeben sind, wenn bei hohem Aortendruck (durch Digitalis) die Kranzgefäße weit bleiben oder sogar erweitert werden (durch Koffeïn).

Die interessante historische Tatsache, daß bereits Skoda durch gleichzeitige Verabreichung von Digitalis und Chinin (Chinin erweitert ebenfalls die Blutgefäße, wie Hedbrom gezeigt hat) instinktiv die ungünstige Nebenwirkung der Digitalis auszuschalten bemüht war, soll hier ebenfalls angeführt werden, ebenso wie der Umstand, daß auch Traube eine ähnliche Wirkung durch Kombination von Digitalis mit Abführmitteln, vor allem Digitalis-Kalomel, erzielte. Er wandte diese Medikation besonders im Stadium der Kompensationsstörungen bei Sklerose des Aortensystems an. Die Kombination Digitalis-Laxans ist dabei insofern zweckmäßig und günstig, als sie die herzkräftigende Komponente der Digitalis bestehen läßt und die vasokonstriktorische, die Herzkraft in vielen Fällen allzusehr vergrößernde, beeinträchtigt. (Wien. med. Presse 1905. Nr. 7 u. 8.)

Eine neue einfache, dem Praktiker sicher sehr willkommene Untersuchungsmethode hat Malfatti (Zentralbl. f. d. Krankh. der Harn- und Sexualorgane 16,2) angegeben. Sie betrifft den **Nachweis von Milchzucker im Harn.** Bisher gab es keine leicht und schnell ausführbare Reaktion auf diese Zuckerart. Die gewöhnlichen Zuckerproben (Nylander. Trommer usw.) ließen nicht erkennen, ob wir es mit Trauben- oder Milchzucker zu tun hatten. Als einfachste Untersuchungsmethode diente die Feststellung der Nichtvergärung mit einer Reinkultur von Apiculatus, die nur Traubenzucker vergärt. Und doch ist eine Untersuchungsmethode, welche beide Zuckerarten im Harn getrennt erkennen läßt. oft von Bedeutung. Man weiß nämlich, daß sehr häufig in der letzten Zeit der Gravidität eine Glykosurie auftritt, die dann nach der Entbindung allmählich in eine physioldgische Laktosurie übergehen kann, während einer fortbestehenden Dextrosurie im Puerperium natürlich eine ganz andere Bedeutung zukäme. Die Probe gestaltet sich folgendermeßen: zu ca. 5 ccm (1/4 Eprouvette voll) des zu untersuchenden Harns fügt man etwa die Hälfte eines Volumens starker Ammoniakflüssigkeit und etwa 5 Tropfen Kalilauge, worauf man das ganze in ein heißes, aber nicht siedendes Wasserbad einstellt. Schon nach 5 Minuten tritt bei Vorhandensein von nur 0,25 Proz. Milchzucker eine all-

Digitized by Google

mählich sich verstärkende Rotfärbung ein. Traubenzuckerhaltiger Harn zeigt bei dieser Ausführung keine Veränderung, nur wenn sehr reichliche Mengen Dextrose vorhanden sind, tritt eine leichte Verfärbung ins gelbliche oder bräunliche ein. Wenn aber Traubenzucker neben Milchzucker vorhanden ist, so tritt eine Störung im Nachweise des letzteren insofern ein, als das entstehende Rot nicht mehr rein erscheint, sondern bräunlichrot bis rein braun. Mit Hilfe dieser Reaktion hat Malfatti bereits festgestellt, daß im Harn einer jeden normalen Wöchnerin ohne Rücksicht darauf, ob sie ihr Kind selbst stillt oder nicht, und auch unabhängig von einer übermäßigen Milchsekretion, eine bestimmte kleine Menge von Milchzucker vorkommt.

II. Medicin.

Ueber Entfettungskuren. Von Bornstein. (Münch. med. Wochenschr. 46/04.) Jeder Organismus muß magerer werden, wenn er weniger nimmt, als er zur Erhaltung des Körpergleichgewichtes instinktiv genießt und braucht. Jedes Plus setzt an, jedes Minus verursacht eine Abnahme. Ein zu großer Fettansatz ist lästig und schädlich; das schmarotzende Fett will miternährt sein, ohne die mindeste Gegenleistung. Zur Fetterhaltung und Fettbildung dienen Kohlehydrate und Fette; Eiweiß nur insoweit, als es durch seine Verbrennung und seinen Kalorienwert fettersparend wirkt. Verringern wir die Fett- und Kohlehydratration in entsprechender und erträglicher Menge, muß eine Abmagerung unbedingt eintreten. Wer mager werden will, muß hungern! Die Kunst des individualisierenden Arztes besteht nur darin, daß erstens dieses Hungern den Patienten wenig fühlbar gemacht wird, und daß zweitens besonders an der Gewichtsabnahme das Eiweiß, die Fleischsubstanz nicht etwa partizipieren. Das erstere erreicht man, indem man möglichst voluminöse Nahrung reicht; mehr Quantität als Qualität: Schwarzbrot, Erbsen, Kartoffeln, mageres Gemüse, Obst etc. Speziell die Kartoffell wird mit Unrecht oft verbannt; im Verhältnis zu ihrem Volumen und ihrer Sättigungsmöglichkeit ist ihr Nährwert doch ein kleiner. Desgleichen füllen dünne Suppen, ohne entsprechend zu nähren. Das Suppenverbot ist demzufolge töricht und völlig unbegründet. Jede einseitige Verordnung ist überflüssig: nicht Vermeidung von Fetten oder Kohlehydraten, sondern Verringerung der Fett- und Kohlehydrataufnahme nach individueller Veranlagung und Geschmacksrichtung. Der Diätzettel muß ein rücksichtsvoller sein, was Diätschemen oft vermissen lassen. Jede Quälerei ist überflüssig und auf die Dauer schädlich, Völlig

Digitized by Google

unbegründet und darum unberechtigt ist die Einschränkung der Wasseraufnahme: nur der Schwamm wird vom Wasser dick. Während man das Essen einschränken soll, lasse man sich beim Trinken vom Durste und nicht vom schematisierenden Arzte leiten. Wir sollen den Körper entfetten, aber nicht entwässern und austrocknen. Das nährstoffreiche Bier lasse man völlig beiseite. Ein Ersatz des sehr nährenden Zuckers durch das Gewürz Saccharin ist erwünscht und angebracht. Nebenbei verhindert das Saccharin ein wenig die Resorption, wirkt wasseranziehend und — appetitvermindernd.

Eine Herabsetzung auch der Eiweißmenge bei der Entfettung verlangt wohl niemand. B. verlangt entschieden eine mäßige Steigerung der Eiweißstoffe, um eine Eiweißmast in seinem Sinne zu erzielen, eine Besserung der lebendigen Bedarfssubstanz des Eiweißes der Zelle, an Qualität und Quantität: eine Zellmast. Dieses Mehreiweiß soll nicht, wie bei der Bantingkur, in Form des in größeren Mengen schädlichen Fleisches gereicht werden, sondern in der Form von Mich- und Pflanzeneiweiß. Der intensiveren Anwendung des viel zu wenig gewürdigten Magerkäses und Quarks redet B. dringend das Wort. Noch bequemer ist die Anwendung der Eiweißpräparate, deren Ursprungsort die Milch oder die Pflanze ist: der Milcheiweiße: Nutrose, Plasmon, Sanatogen etc. und Pflanzeneiweiße: Aleuronat und Roborat, Mit Hilfe dieser ist es ein Leichtes, die Nahrung nach Wunsch eiweißreich zu machen. B. gibt gern 3mal täglich einen Esslöffel eines Eiweißpräparates in kaltem Wasser eingerührt oder in Suppenform und fügt dadurch der Nahrung täglich drei Mahlzeiten hinzu, die in bezug auf die Fettbildung fast harmlos, andererseits aber imstande sind, den Eiweisstoffwechsel zu erhöhen und eine Eiweißmast zu erzielen. — Man verwechsle ja nicht Eiweiß mit Fleisch, die sich ebensowenig gleichen wie Wasser und Fleischbrühe. — Trotz seines entschiedenen Eintretens für erhöhte Eiweißmengen geht B. lange nicht soweit wie die enragierten Fleischfreunde in Marienbad bei der Bantingkur. Seine Eiweißmengen bewegen sich um 125 g, während dort 180—200 g zum großen Teil in Form des in solchen Mengen auf die Dauer schädlichen Fleisches gereicht werden. Das Schädliche und Erregende im Fleische ist nicht das Eiweiß, sondern die Extraktivstoffe, das Fleischextrakt. Zur Erzielung einer besseren und dauernden Fleischmast muß eine zweite Methode der diätetischen hinzugefügt werden: die physikalische, die weniger entfettend als fleischbessernd und vermehrend wirkt. Arbeit in verschiedener Form: Gehen und besonders Steigen, Hanteln, Radeln, Widerstandsgymnastik, Turnen, Rolledrehen etc. — selbstverständlich der Leistungsfähigkeit

Digitized by Google

des Individiums und speziell des Herzens angepaßt — sind für eine Zellentrophie und einen Dauererfolg unerläßlich; zur physikalischen Therapie gehört auch die Anwendung von kalten und heissen Bädern, erstere nur kurz und mit Vorsicht genommen, letztere in der verschiedensten Form — Wasser mit und ohne Ingredienzien, Moor-, Fango-, Dampf- und Lichtbäder. Das Herz muß natürlich stets berücksichtigt werden. — Von Medikamenten gibt B. Jod nur bei entsprechenden Indikationen, sonst stets Ferrum, meist in Verbindung mit Chinin. Marienbader Kuren und Kuren am Badeorte selbst sind dort indiziert, wo auch psychisch eingewirkt werden soll und eine Darmregulierung nötig ist.

Zweck der Entfettungskur ist, den Patienten von seinem Zuviel an Fett zu befreien, ohne seinen Bestand an Eiweiß zu alterieren, im Gegenteil, es eiweißreicher zu machen. Dann erst ist der Organismus auf ein anderes Nahrungsbedürfnis eingestellt und der Erfolg wird zu einem Dauererfolg. Das Cito-Entfetten ist überflüssig und schädlich, oft gefährlich. Es handelt sich ja nicht um eine akute lebensgefährliche Erkrankung; man handle tuto und jucunde, vermeide jede unnütze Quälerei und verwerfe jedes Schema und jede sog. Methode. (Deutsche Praxis.)

Die ersten Zeichen der Geisteskrankheiten. Von Dr. W. Weygandt. (Schluß.) Am schwierigsten ist die Erkennung der ganz schleichend eintretenden Verblödung, ohne nennenswerte motorische Symptome.

Vielleicht die schwierigste Frühdiagnose bezieht sich auf die Paranoia im engeren Sinne als ein schleichend einsetzendes Leiden, das sich durch Umstimmung des Gefühlstones und daran anschließend systematisierte und allmählich zunehmende Wahnbildung bei guter Erhaltung der Besonnenheit und des Gedächtnisses kundgibt. Oft gehen, vor allem beim Querulantenwahn, jahrelang Konflikte mit der Oeffentlichkeit auf Grund der Wahnideen voraus, ehe der Krankheitscharakter festgestellt wird. Zur Diagnose des Wahnsystems ist einmal die Feststellung der Unkorrigierbarkeit notwendig, und dann muß man auch die mehr oder weniger schwachsinnigen Wahnbildungen der Paralytiker, der Verblödungsprozesse, der senil Dementen und die tief depressiven Wahnvorstellungen der Melancholischen absondern.

Das erste Zeichen der progressiven Paralyse ist in der Mehrheit der Fälle eine allmählich eintretende Charakterveränderung. Die Charakterveränderung zeigt sich weniger nach der Richtung geistiger Abspannung, Stimmungsänderung und Reizbarkeit, sondern häufig auch als eine Depravation kompliziertester geistiger Betätigungen, wie der moralischen und auch der ästhetischen Anschauung. Wenn ein

Digitized by Google

bis dahin ernster, ordentlicher Mensch anfängt, rohe und zynische Aeußerungen, Zoten- und Schimpfwörter zu gebrauchen, sich im Auftreten, in der Kleidung und Essen, bei Verrichtung von Bedürfnissen usw. zu vernachlässigen beginnt, dann ist der Verdacht am Platze. Manchmal erfolgt eine scheinbar belanglose, aber zu der ganzen bisherigen Lebenshaltung im Widerspruch stehende Handlung als Warnungssignal, so etwa das Schreiben einer indiskreten, kompromittierenden Postkarte usw. Plötzlich erwachende Unternehmungslust eines bis dahin vorsichtigen Mannes, fieberhaft gesteigerte Tätigkeit, die in manchen Fällen noch ganz gute Produkte liefern kann, aber auch gelegentlich ungewohnte Vergnügungssucht können die Krankheit einleiten.

Oftmals ist gerade die Euphorie, die unmotivierte Heiterkeit, ein Frühsymptom, wie auch bei Alkoholikern, Morphinisten und manchen Phthisikern. Unmotivierte Affektausbrüche sind beachtenswert.

In andern Fällen von Paralyse wieder zeigt sich früh eine leichte Gedächtnisschwäche und gelegentlicher Orientierungsmangel, selbst plumpes Verlaufen in der Stadt.

Schlafsucht, leichte Schwindelanfälle, schwere Migräne, auch ziehende Schmerzen, die der Kranke vielfach als rheumatisch auffaßt, ferner geringe Parese stellen sich zeitig ein. Eines der ersten Zeichen ist gewöhnlich auch die Hypalgesie; ferner nicht gerade selten die paralytische Sprache, die mit ihrer aphasisch-artikulatorischen Störung sich nicht nur bei Paraigmen, sondern auch gern bei zusammenhängendem Lesen zeigt und übrigens auch nicht selten ihren Klang ändert. Ferner dient unordentliche, leicht ataktische, unsaubere Schrift hie und da als Frühsymptom.

Die wertvollsten körperlichen Anhaltspunkte, Pupillen- und Reflexstörungen, sind als Frühsymptome mit Vorsicht zu gebrauchen. Pupillenstarre ist in den meisten Fällen von Psychose auf Paralyse verdächtig; in $^9/_{10}$ aller Fälle von Pupillenstarre handelt es sich um Paralyse oder Tabes. Doch befällt sie immerhin nur $^2/_5$ der Paralytiker; häufiger zeigt sich nur träge Reaktion oder noch öfter Pupillendifferenz, ferner auffallende Myosis oder Mydriasis, seltener Akkommodationsstarre, paradoxe Kontraktion, Hippus, springende Myriasis. Ptosis und Nystagmus.

Patellarreflexsteigerung mit Fußklonus, sowie Spannungen in der Beinmuskulatur finden sich bei mehr als der Hälfte der Paralytiker; das diagnostisch viel sicherere Westphalsche Zeichen bei etwa $^1/_3$. Romberg ist seltener.

Die Involutionsmelancholie verdient wegen der die Frühdiagnose dringend machenden Suicidgefahr dieser Krankheit besondere Beachtung. Wohl gehören Verstimmungen zum physiologischen Klimakterium, sobald aber in oder bald nach

Digitized by Google

den Involutionsjahren lebhaftere Depression auftritt, die sich zum Affekt, vorzugsweise der Angst steigert, die gar nicht oder nur schwach vom Kranken motiviert wird, und womöglich von der Vorstellung der Selbstverschuldung und Versündigung begleitet ist, dann handelt es sich doch gewöhnlich um eine psychotische Affektion. Schlafstörung und baldiges Abmagern pflegen die Melancholie zu begleiten.

Bei melancholischen Affektionen der späteren Jahre ist die Selbstmordgefahr geringer, schwachsinnige Ideen treten in den Vordergrund, aber die Hoffnung auf Wiederherstellung ist weit unsicherer.

Bei den Geistesstörungen des Greisenalters tritt vielfach die Gedächtnisschwäche und Unbesinnlichkeit in den Vordergrund, in anderen Fällen führen paranoide Ideen zu Konflikten mit der Außenwelt. Besonders bedenklich ist die als Frühsymptom gelegentlich auftretende sexuelle Erregung, sodaß der Arzt geradezu in allen Fällen eines sexuellen Deliktes bei Greisen nach einer senilen Psychose forschen muß.

Nachlassen der Arbeitskraft und der Merkfähigkeit, vor allem einzelne Gedächtnislücken neben Stimmungsschwankungen sind oft die ersten Zeichen der Arteriosklerose des Gehirnes, die sich nach der körperlichen Seite zeitig in Schwindel- und Ohnmachtsneigung, Sensibilitätsstörung und Paresen, sowie gewöhnlich der Verhärtung der peripheren Arterien äußert.

Die häufigste akute Alkoholpsychose, das Delirium tremens, stellt sich gern ein, wenn der Organismus irgend welchen schwächenden Einflüssen, Trauma, Fieber usw. ausgesetzt wird. Unruhe, Schwatzhaftigkeit, heitere Verstimmung und Gesichtstäuschungen sind die ersten Symptome, die Besonnenheit bleibt auch bei erheblicher Bewußtseinstrübung und massenhaften Trugwahrnehmungen gewöhnlich erhalten. Der grobe Delirantentremor ist oftmals im Anfange nicht sehr deutlich, vor allem ist die Schrift manchmal noch relativ gut.

Den ersten Sinnestäuschungen gegenüber pflegen Alkoholdeliranten vielfach noch eine gewisse Kritik zu behalten.

Elementare Gehörstäuschungen mit ängstlichem Affekt bei Alkoholismus leiten die seltenere Psychose des akuten halluzinatorischen Alkoholwahnsinns ein.

Die Feststellung des Morphinismus ist deshalb oft schwer, weil der Morphinist seine Sucht zu bemänteln pflegt und oft die Injektionen mit Gewandheit, auch Lügen verheimlicht. Gelingt es nicht, ihn zu ertappen und ihn über den Verdacht auf Grund der Schlafstörung sowie des wechselnden psychischen Verhaltens, bald Frische und Euphorie, bald Niedergeschlagenheit, Angst, Unruhe oder Stumpfheit,

Digitized by Google

hinauszukommen, so sollte der Arzt zunächst eine körperliche Untersuchung auf Injektionsnarben am Abdomen und Arm vornehmen, ferner das Morphium im Urin nachzuweisen suchen, und schließlich eine probeweise Internierung auf einige Tage herbeiführen.

Serumbehandlung des Heufiebers. Von Lübbert. (Therapeutische Monatshefte 1904/12.) Aus den rein gewonnenen wirksamen Pollen des Grases wird nach der von Dunbar angegebenen Vorschrift durch Aussalzen und Alkoholfällung ein proteinartiger Körper — Pollantin — gewonnen, welcher bei Heufieberpatienten in hohem Grade toxisch, dagegen für nicht disponierte Personen indifferent ist.

Gebrauchsanweisung:

1. Von dem pulverförmigen Pollantin wird eine etwa linsengroße Menge in je einen Nasengang aufgeschnupft.

2. Für die Augenbehandlung tauche man einen Haarpinsel in das Pulver und berühre dann mit dem Pinsel die Innenfläche des abgehobenen unteren Augenlides oder stäube eine Spur Pulver mittels des Pinsels ein. Es empfiehlt sich, bei jeder neuen Dosis einen neuen Pinsel zu nehmen.

3. Heufieberpatienten sollen in der Heufieberzeit bei geschlossenen Fenstern schlafen.

5. Das Pollantin ist regelmäßig morgens einige Minuten vor dem Aufstehen in beide Augen und in beibe Nasengänge zu bringen. Macht sich dabei Niesreiz geltend oder tritt Rötung der Augenschleimhaut auf, so ist das Präparat nach Ablauf von ein bis zwei Minuten nochmals anzuwenden und, wenn das Niesen bezw. die Rötung dann noch nicht schwindet, ein drittes oder ein viertes Mal zu gebrauchen. Durch diese Morgenkur wird der Patient erfahrungsgemäß auf einige Stunden, oft sogar für den ganzen Tag dem Heufiebergift gegenüber unempfindlich.

5. Diejenigen Patienten, welche trotz alledem sich von Anfällen nicht ganz freihalten können, sollten das Pollantin stets bei sich tragen und dasselbe auch während des Tages in der eben beschriebenen Weise anwenden, sobald die geringsten Reizerscheinungen auftreten.

6. Hat man versäumt, das Pollantin rechtzeitig anzuwenden, so kann man es kurz nach Beginn eines Anfalles häufig noch mit Erfolg gebrauchen und das Brennen, Tränen bezw. Niesen zum Stillstand bringen. War aber schon so viel Gift in den Körper aufgenommen, daß die Augen stark entzündet und die Nase dicht zugeschwollen bezw. Asthma aufgetreten ist, so empfiehlt es sich, in geschlossenen Räumen zu bleiben, bis alle Reizerscheinungen vollständig beseitigt sind. Darauf versuche man, durch rechtzeitige

Digitized by Google

Anwendung des Serums in der oben beschriebenen Weise weiteren Anfällen vorzubeugen.

Zahlreiche Versuche mit Pollantin haben gezeigt, daß es dem Heufieber gegenüber sich vortrefflich bewährt hat, daß es ein hervorragendes Arzneimittel ist, auf welches wir nicht mehr verzichten mögen.

Gegen **Bronchialasthma** dessen scharfe diagnostische Unterscheidung vom Herzasthma für eine exakte Behandlung ungemein wichtig ist, gibt es bekanntlich in den Jodpräparaten ein Mittel das in einer großen Zahl von Fällen nahezu spezifisch wirkt. Allein auch sie führen in der Regel nicht dauernd Heilung herbei, und verbrauchen sich in der Wirkung; bei manchen Kranken sind sie von vornherein erfolglos. So erklärt es sich, daß das Publikum, welches gegen die weit verbreitete Affektion Hilfe sucht, sich gerade hier mit Vorliebe Geheimmitteln zuwendet. Nur erwähnt seien hier die Räuchermittel. welche unter verschiedenen Namen in Gebrauch sind, und nur die auch ärztlicherseits bekannten Salpeterpräparate, ferner Strammonium, Belladonna usw. enthalten. Hingegen sollten wir Ärzte uns nicht gänzlich passiv gegenüber einem aus Amerika eingeführten Mittel verhalten, welches, wie vielfach von objektiv urteilenden Laien hervorgehoben wird, eine Wirkung auch dort noch entfaltet, wo andere Mittel versagen. Und so muß es anerkannt werden, daß dieses Mittel kürzlich im Bonner pharmakologisbhen Institut von Bertram geprüft worden ist (Zentralblatt für innere Medizin 1905 Nr. 5). Es ist diese Prüfung um so wertvoller als bereits zahlreiche deutsche Ärzte das Mittel verordnet haben, ohne zu wissen woraus es besteht. Es ist als Tucker'sches Heilmittel käuflich und stellt eine angenehm riechende braune Flüssigkeit dar, welche durch einen sehr guten Zerstäubungsapparat fein verteilt durch die Nase inhaliert wird. Wie die Analyse ergab, enthält das Mittel Atropin und Natriumnitrit; auf 100 g mit etwas Glyzerin versetzten Wassers, kommen 1,0 Atropinsulphat, 4,0 Natriumnitrit und 0,52 Pflanzenextrakt, dessen Bestimmung nicht möglich war. Jedenfalls ist Atropin, das bei der Zerstäubung in geringer aber wirksamer Menge auf die Schleimhaut der Trachea kommt, ein Hauptbestandteil; man weiß von ihm, daß es die Sekretion der Schleimhäute verringert. und die Nervenenden in der glatten Muskulatur lähmt Und von den Nitriten wissen wir, namentlich vom Nitroglyzerin, daß sie oft zauberhaft gegen den schweren Zustand der Angina pectoris wirken. Das Mittel scheint, weil es direkt auf die Schleimhaut gebracht wird und nicht auf dem Umwege der

Digitized by Google

Blutzirkulation dorthin kommt, stärker wirksam zu sein. Jedenfalls hat man von Vergiftungserscheinungen bisher nichts gehört, trotz der wenig prägnannten Vorschrift, welche die Inhalation unter Umständen in verhältnismäßig großen Mengen anordnet. Jedenfalls ist aber, wie B. betont, das Mittel zu hoch bezahlt. Der — freilich sehr praktische — Zerstäuber kostet 32 Mk. Man erhält ihn aber, wie Dr. Schilling in Davos mitteilt, von der Firma Burroughs, Welcome u. Co. in ebenso guter Qualität für 6 Mk. Und das Mittel selbst, so glaubt Bertram, könnte der Arzt folgendermaßen verschreiben: Rp. Atropini sulfurici 0,15 Natrii nitrosi 0,6, Glycerini 2,0, Aqua destill. ad 15,0. M. D. in vitro fusco. S. In dem Tuker'schen Apparate oder dgl. 3 Minuten lang zu zerstäuben und einzuatmen. Einzuschließen; — Dann ist der Kostenpunkt statt 64 Mk. nur höchstens 7 Mk. Es sollte sich die Aufmerksamkeit der Aerzte auch auf diese Behandlungsweise des Asthma richten. — (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.)

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Die Prinzipien der lokalen Heissluftbehandlung. Bier muß als der Begründer der lokalen Heißlufttherapie angesehen werden. Seine oder den seinigen nachgebildete Apparate, sowie diejenigen von Tallermann kommen dabei besonders zur Anwendung; sie unterscheiden sich prinzipiell hinsichtlich der zwei Faktoren, welche in Bezug auf die Konstruktion der Heißluftapparate hauptsächlich in Betracht kommen, nämlich hinsichtlich der Größenverhältnisse, respektive der Gliederung der Modelle und zweitens der Art der Gewinnung der heißen Luft. Den Tallermannschen Apparaten ist geringe Anzahl der Modelle und direkte Heizung, den Bierschen große Anzahl von Modellen und indirekte Heizung eigen. Bei den ersteren ist also eine strenge Lokalisation unmöglich — bei Kniegelenksentzündung z. B. muß das ganze Bein in den Apparat hinein, bei Erkrankung der Hand der ganze Arm — während Bier für alle Körperteile, Knie, Schulter Fuß usw. eigene Apparate gebaut hat, welche eine exakte Beschränkung der Applikation auf die kranke Stelle ermöglichen. Und gerade darin erblikt Lamberger das Wesen der lokalen Heißluftbehandlung, darin einen ihrer wichtigsten Vorzüge. Denn einmal ist nachgewiesen, daß bei partieller Anwendung von Hitze wesentlich höhere Temperaturen (bis um 70° höhere bei trockener heißer Luft) vertragen werden als bei einer auf den ganzen Körper sich erstreckenden Applikation. Ferner wird der durch die lo-

Digitized by Google

kale Hitze erstrebte therapeutische Effekt durch die lokalen Abwehrreaktionen der Haut und des darunterliegenden Gewebes, i. e. durch lokale Transpiration und lokale Hyperämie erzeugt; die Allgemeinerscheinungen, welche sich bei Einwirkung auf eine größere Körperpartie einstellen, allgemeine Transpiration, Steigerung der Puls- und Atemfrequenz, Sinken des Blutdrucks, dienen nicht nur zur lokalen Heilung, sondern schwächen das Individuum und können unter Umständen die Anwendung der Hitze untunlich machen.

Bezüglich der Art der Heizung heizt Tallermann seinen Kupferkessel durch darunter angezündete Gasflammen; die Luft im Apparat bleibt (relativ) rein und trocken, sie wird jedenfalls nicht durch Verbrennungsgase verunreinigt.

Nicht so ist es bei den in Deutschland am meisten gebräuchlichen (Bierschen) Apparaten; sie werden wie das Schwitzbett durch den Quinkeschen Schornstein geheizt, unter dem sich eine Spirituslampe oder ein Gasbrenner befindet. Die durch die Flamme erwärmte Luft steigt in dem Schornstein auf und gelangt in das Innere des Apparates und mit ihr die Verbrennungsgase. Da kein kontinuierlicher Abzug für Gase vorhanden, stauen sie sich im Apparat. Lamberger weist rechnerisch nach, daß bei Verbrennung von 200 g Spiritus, die in etwa 30—40 Minuten verbraucht werden, mehr wie 211 g Wasser und 344 g Kohlensäure in den Apparat gelangen, wozu eventuell noch Pyridinbasen kommen, so daß die Forderung von reiner trockener, heißer Luft illusorisch wird. Aehnlich liegen die Verhältnisse beziehungsweise des H_2 und der CO_2 bei Leuchtgasheizung. Bei der Verunreinigung durch CO_2 ist der Umstand zu berücksichtigen, daß der Patient infolge der Nähe des Apparates vielfach gezwungen ist, die aus dem Innern strömende und die schädlichen Beimengungen in sehr konzentriertem Zustande enthaltende heiße Luft einzuatmen. So ist das Auftreten von Kopfschmerzen, Uebelkeiten usw., über die oft geklagt wird, erklärlich, darf aber nicht auf die lokale Heißluftbehandlung an sich bezogen werden. Durch genügende Abdichtung der Apparate, besonders bei Schulterbehandlung gelang es L. stets, diese Uebelstände zu vermeiden.

Auf einen weiteren Punkt macht L. als sehr wesentlich aufmerksam, die Lagerung des erkrankten Körperteils in dem Apparat. Er verlangt die pathologische Lagerung, das ist die Lagerung in den Zwangsstellungen, welche eine Extremität reflektorisch einnimmt, um das mindestmaß von Schmerzhaftigkeit zu erleiden. Diesem Kunstgriff verdankt L. eine Reihe von Erfolgen bei der Heißluft-

Digitized by Google

behandlung, die anfangs nicht zu erzielen waren. Er ließ sich deshalb auch die Apparate so herstellen, daß er sie über das zuerst bequem gelagerte Glied stürzen konnte.

Bezüglich der anzuwendenden Temperaturen muß streng individualisiert werden; im allgemeinen gilt für die einzelnen Teile des Körpers, was für den ganzen Körper gilt, so lange dieselben Schweiß absondern, sind sie gegen hohe Temperaturen gefeit. Tritt z. B. bei 100° keine Schweißsekretion ein, was sich rechtzeitig durch ein Gefühl trockenen Brennens dokumentiert, so wird schnell die Heizflamme abgedreht und erst nach einiger Zeit entsprechend dem Schweißausbruch die Temperatur wieder erhöht, oft dann anstandslos bis 130—150°. Die Praxis lehrt, daß trockene, atrophische Haut, mangelnder Panikulus leichter zu Verbrennungen neigen, daß ein gewisser Zusammenhang besteht zwischen mangelnder Transpiration und Zirkulation.

Nach der Behandlung, die meist eine halbe Stunde dauert, wird der Patient einige Minuten abgekühlt, die behandelnte Hautpartie mit Franzbranntwein abgerieben, der die Hyperämie nicht beseitigt; eventuell wird die Massage angeschlossen. — (Wien. med. Presse 1905 Nr. 1/2.)

Vermag ein Trauma eine auf konstitutioneller Basis beruhende Augenentzündung auszulösen? Von Dr. Perlina in Crefeld. Nach einem in der 14. Versammlung rheinisch-westfälischer Aerzte gehaltenen Vortrage.

Die gesetzliche Unfallversicherung hat die Aufmerksamkeit der Aerzte in hohem Maße auf die graduelle Abschätzung der Arbeitsfähigkeit hingelenkt. Ein ungewohntes Feld eröffnete sich plötzlich der Forschung, namentlich die Bewertung der prozentualen Einbuße trat fast unvermittelt an uns heran. Unter vielen anderen Fragen nun drängte sich denbegutachtenden Aerzten auch die auf, ob ein Unfall imstande sei, eine sogenannte Dyskrasie, die schlummerte, zu wecken, also einen krankhaften Prozeß von allgemein konstitutionellem Charakter anzufachen. Während dieses Thema früher ein rein akademisch-philosophisches Interesse bot, zwingt es heute zur praktischen Berücksichtigung und positiven Stellungnahme. Einige wenige Autoren verneinen die Frage, ob eine Gewalteinwirkung eine auf vorhandenem Allgemeinleiden beruhende Augenerkrankung auslösen könne, weil es im Widersdruch mit jeder Erfahrung stände. Es sind jedoch viele Beobachtungen gesammelt und veröffentlicht, hauptsächlich in Gutachten und Obergutachten; besonders handelt es sich um solche Patienten, die schon vor

Digitized by Google

dem Unfall nachweislich krank waren. Zur Illustrierung der in Betracht kommenden Gesichtspunkte teilte P. einen Krankheitsfall mit, der eine große Reihe von Instanzen durchlief und von nahmhaften Autoren untersucht und begutachtet wurde: Es entwickelte sich bei einem Arbeiter nach einer Hornhautverletzung des rechten Auges eine typische Keratitis parenchymatosa. Gemäß der Anamnese war Lues hereditaria wahrscheinlich, wofür sich auch objektive Anhaltspunkte darboten. Es erfolgte daher die übliche Allgemeinbehandlung. Auch das linke Auge erkrankte an Keratitis parenchymatosa. Der Verlauf war sehr schleppend und hartnäckig. Der Verletzte mußte dauernd seinen Beruf aufgeben. Da Patient eine Rente beanspruchte, war die Entscheidung für den behandelnden Arzt sehr schwer. Es kamen zwei verschiedene Fragen in Betracht:

1. Ist es möglich, daß ein Trauma an Ort und Stelle einen sogenannten dyskrasischen Prozeß zum Ausbruch bringen kann? Speziell: Vermag eine Hornhautverletzung eine Keratitis parenchymatosa desselben Auges zu erzeugen?

2. Wie steht es betreffs des andern nachträglich erkrankten Auges, also mit den Fernwirkungen? Sind diese möglich oder wahrscheinlich, und wie regelt sich eine eventuelle Entschädigungsverpflichtung?

ad 1: Muß unzweifelhaft bejaht werden. Analogien finden sich übergenug. Gerhardt sagt z. B.: „Traumen, die einem gesunden Kinde keinen Nachteil bringen, können bei einem skrofulösen Entzündungen mit chronischem Verlauf erregen. Die Skrofulose wäre ohne die Verletzung vielleicht latent geblieben oder erloschen." Ebenso äußert sich Billrot: „Kontusionen des Knies oder der Ellbogengegend vermögen bei skrophulösen Kindern chronische Gelenkentzündungen hervorzurufen." — Bezüglich der Tuberkulose gilt dasselbe: Schultze-Bonn beschreibt in Nothnagels spez. Pathol. u. Therapie eine Meningitis nach Ohrfeigen; der Sektionsbefund ergab tuberkulös-verkäste bronchiale Lymphdrüsen. — Ebenso Syphilis: Ricord und andere Forscher konstatierten, daß oft genug die verschiedensten Reize, wie Nadelstiche, Blutegel und sonstige Verletzungen auf der äußeren Haut bei syphilistischen Personen spezifische Reaktionen erzeugen; cf. auch die Syphilis des Nabels bei hereditär-syphilistischen Neugeborenen, ferner die Umwandlungen der Impfpusteln in spezifische Geschwüre, u. a. m. Stoper in Göttingen hat in neuester Zeit überall dies eine empfehlenswerte ausführliche Monographie geschrieben. — Wenn nun z. B. die Möglichkeit einer derartigen tuber-

Digitized by Google

kulösen oder syphilistischen Eruption in der Haut, den Knochen, dem Nervensystem usw. nachgewiesen ist, warum soll man denn nicht auch solche am Auge annehmen dürfen! Verschiedene Ophtalmologen haben sich demgemäss bejahend geäussert und Fälle mitgeteilt.

ad 2. Können überhaupt Fernwirkungen durch Trauma erfolgen? Die Gleichartigkeit der Affektion an der getroffenen und an entlegenener Stelle kann freilich auch eine zufällige sein; jedenfalls beruht sie auf dem inneren Krankheitszustande des Gesamtkörpers. Um jedoch ein anderes Beispiel anzuführen: Bei einem Syphilitiker führte die Schußverletzung eines Auges, die eine schwere Entzündung setzte, zu schnell fortschreitender Paralyse. Offenbar spielen hier und in ähnlichen Fällen vasomotorische Einflüsse mit. Für traumatische Fernwirkungen sind viele unzweideutige Beispiele bekannt, auch bei Skrophulose und Tuberkulose, z. B. nach Beinquetschung, Auftreten einer galoppierend verlaufenden Lungenschwindsucht bei einem Tuberkulösen. Solange freilich das syphilistische Virus und seine Biologie noch unerforscht sind, bleiben wir auf unsere Erfahrungen angewiesen.

Ueber Nasen- und Rachenblutungen. Von Dr. M. Weil. Die Behandlung dieser Blutungen ist wegen der komplizierten anatomischen Verhältnisse und der mannigfachen Aetiologie eine sehr verschiedenartige und oft außerordentlich schwierige. Man unterscheidet im allgemeinen spontane und traumatische Blutungen, von letzteren wieder solche nach Traumen im engeren Sinne und postoperative Blutungen. Die Beziehungen zwischen den Nasen- und Rachenblutungen und internen Erkrankungen sind von dreierlei Art; erstens werden sie sehr häufig durch letztere bedingt, zweitens können sie durch Blutungen aus inneren Organen vorgetäuscht werden und drittens können sie ihrerseits solche vortäuschen. Die Therapie ist deshalb auch nicht mit der Stillung der Blutung erschöpft; man muß vielmehr immer nach der letzten Ursache der Blutung forschen. Der Sitz der meisten Nasenblutungen ist die sogenannte Kieselbach'sche Stelle an der Grenze zwischen knorpeligem und knöchernem Septum; meistens blutet es dort venös, selten arteriell.

Die Mittel zur Blutstillung teilt man herkömmlicherweise in mechanische, chemische und thermische ein. W. findet diese Einteilung nicht ausreichend und schlägt folgende vor:

Digitized by Google

A. physikalische:

a) mechanische;
b) thermische;

B. medikamentöse:

a) Adstringentia und Kaustika,
b) physiologische,
aa) lokal wirkende,
bb) entfernt wirkende.

In diesem Schema lassen sich alle Blutstillungsmittel unterbringen. Das Wasserstoffsuperoxyd scheint durch seine rapide Gasentwicklung, also mehr mechanisch zu wirken. Die Gelatine wirkt bei direkter Applikation entschieden sehr gut; ihre Wirkung bei innerer Darreichung oder subkutaner Injektion ist noch nicht vollkommen sichergestellt, dagegen sind schon zahlreiche Todesfälle an Tetanus nach Injektion ungenügend sterilisierter Gelatine bekannt.

Manche Nasenblutungen, z. B. bei hohem Blutdruck, Kopfschmerzen etc., wirken sehr wohltätig, oft nach Art eines Aderlasses, und sollen nicht gleich gestillt werden.

Die qualvolle Bellocq'sche Tamponade wird von den Rhinologen kaum mehr angewendet; sie ist durch die Etagentamponade von vorne her vollständig zu ersetzen. W. bedient sich mit bestem Erfolge einer Modifikation, die er Knopf- oder Knotentamponade nennt. In einen Gazestreifen von 80—120 cm Länge macht man mehrere Knoten und schiebt diese einzeln nach hinten bis an die Choane, welche man solcherart vollständig verschließen kann; die dazwischen hängenden Schlingen des Streifens werden dann in die Nase gesopft. Man verwende Dermatol- oder Vioformgaze; letztere bleibt mehrere Tage lang geruchlos.

Von den Aetzmitteln ist die Trichloressigsäure allen anderen weitaus vorzuziehen.

Bei Nachblutungen nach der Tonsillotomie läßt er ein mit einem tannin- oder alaungetränkten Wattebausch armiertes Holzstück gegen die blutende Stelle drücken und durch Zusammenbeißen mit den Zähnen, wenn nötig stundenlang, festhalten. Manchmal ist man zur Vernähung der Gaumenbögen gezwungen; das ist ein äußerst schwieriger Eingriff. — (Allg. Wien. med. Ztg. Nr. 50—52, 1904.)

Schwarze Binden. Von Dr. Oppenheim in Kassel. Es ist in Aerztekreisen schon oft angestrebt wor-

Digitized by Google

den, die auffallenden, bisher üblichen Bindeverbände, besonders solche an unbedeckten Körperpartien, wie Kopf und Händen, einzuschränken, d. h. durch weniger in die Augen fallende Verbände zu ersetzen. Und in der Tat kommt der Arzt mit diesem Bestreben einem berechtigten Wunsche seiner Patienten entgegen, denen es oft peinlich ist, schon auf weite Entfernung als Teilinvalide erkennbar zu sein und vom gesellschaftlichen, beziehungsweise geschäftlichen Leben sich infolgedessen mehr oder weniger zurückziehen zu müssen. Nun ist allerdings der Ersatz eines Bindenverbandes durch Applikation eines Pflasters und dergleichen nur in einer begrenzten Anzahl von Fällen möglich. Insbesondere wird man auch da, wo mit einer stärkeren Durchtränkung des Verbandes durch Wundsekret zu rechnen ist, und also auch die äußere, tunlichst große Reinheit des Verbandes eine Rolle spielt, selbstverständlich am besten bei dem bisherigen Verfahren bleiben. Indes gibt es daneben doch eine ganze Menge von Gelegenheiten, wo man einfach dadurch, daß man statt der bisher üblichen weißen Mull- und Cambric-Binden solche von schwarzer Farbe benutzt, dem Patienten einen großen Gefallen, beziehungsweise auch Nutzen erweisen kann, ohne gegen die Forderungen der Asepsis zu verstoßen. Von Seiten der Augenärzte sind ja wohl schon früher schwarze Mull- und Cambricbinden angewandt, dagegen hat der praktische Arzt bisher noch kaum diese Annehmlichkeit seinen Patienten zugute kommen lassen. Hoffentlich kommt die Industrie in dieser Hinsicht uns Aerzten demnächst durch vermehrtes Inhandelbringen solcher Binden entgegen. Im weiteren Verfolg dieses Gedankens mußte besonders erwünscht erscheinen, wenn sich auch an Stelle der bisherigen weißen Stärkebinden erhärtende schwarze Binden herstellen ließen, gegen deren Verwendung in geeigneten Fällen bei Kopf-, Hand- und Armverbänden, insbesondere auch bei Armbruchschienenverbänden, sowie auch als Deckbinden bei Gipsverbänden sich sicher kein Einwand erheben läßt. O. hat deshalb die Verbandstoff-Fabrik Paul Hartmann in Heidenheim a. d. B. zu Versuchen veranlaßt, um eine brauchbare, schwarze, erhärtende Binde herzustellen. Diese Absicht zu verwirklichen, ist nicht ganz leicht gewesen. Handelte es sich doch darum, unter Verzicht auf Stärkeverwendung ein Material herzustellen, welches trotzdem genügende Klebekraft und Erhärtungsfähigkeit besaß, welches, obwohl schwarz, doch durch das Anfeuchten nicht abfärbte und endlich möglichst schnell nach der Applikation trocken wurde. Nach längeren Versuchen hat jetzt die genannte Firma ein in jeder Beziehung befriedigendes Resultat erzielt, indem sie Binden herstellt (Musterschutz),

Digitized by Google

welche allen obigen Anforderungen entsprechen und welche, nebenbei bemerkt, die weißen Stärkebinden auch nur unerheblich im Preise übersteigen. O. hat diese Binden in der Praxis bereits angewandt und sich des dankbaren Verständnisses erfreut, das die betreffenden Patienten der Neuerung entgegen gebracht haben. — (Deutsche med. Wochenschr.)

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Ueber die Anwendung des äusseren Druckes bei Schädellagen. Von W. Bokelmann, Berlin (Gräfe's Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Das seinerzeit von Kristeller angegebene und in der modernen Geburtshilfe in den Hintergrund getretene Verfahren der „Expression" wird von Bokelmann aufs neue empfohlen. Da damit nicht eine direkte Beendigung der Geburt erzielt werden soll, sondern nur eine Unterstützung der austreibenden Kräfte, i. e. der Wehen und der Bauchpresse, bedient sich Bockelmann des Namens „äusserer Druck". Er wendet den äusseren Druck an zur Förderung der Geburt als unschädliches Mittel sowohl bei Beckenendlagen als auch bei Schädellagen, auch zu einer Zeit, in der die eigentlichen entbindenden Operationen noch nicht angewandt werden können. Durch den äusseren Druck werden einerseits durch das Tieferdrücken des Kopfes Wehen erzeugt, resp. ersetzt und so die Wirkung des Fruchtachsendruckes gesteigert. Die Anwendung des äusseren Druckes ist am Platze sowohl bei eingetretenem wie bei hochstehendem Kopfe und zur Entwicklung des Rumpfes nach der Geburt des Kopfes; gerade zu letzterem Zweck empfiehlt Bokelmann dieselbe auch für die Hebammen.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß mit dem äusseren Druck manche Geburt beschleunigt werden kann, und es verdient der Vorschlag Bokelmann's, denselben mehr als es bisher geschehen ist, in Anwendung zu ziehen, gewiss die Berücksichtigung der Geburtshelfer.

Digitized by Google

Verschiedenes.

Die Toulousesche Methode **aus der Nahrung der Epileptiker das Chlornatrium möglichst auszuschalten** und so dem Brom eine intensivere Wirkung zu gestatten, empfiehlt Dingel. Die Epileptiker bekommen dieselbe Kost wie die anderen nicht epileptischen Kranken, aber völlig ungesalzen, wobei man von der Erwägung ausgeht, daß die für den Menschen erforderliche Salzmenge von ca. 2 g pro die ausreichend in dieser Kost vorhanden sei. Ausnahmsweise werden den Kranken jedoch von Dingel noch 1 bis 2 g Chlornatrium extra bewilligt. Das Brom wurde als Bromnatrium in wässriger Lösung gegeben, und zwar 1 bis 2, selten bis 3 g pro die. Da bei einem in obiger Weise ernährten Menschen das Brom länger im Körper zurückgehalten wird als bei reichlicher Kochsalzzufuhr und demzufolge auch ausgiebiger wirken kann, so reichen eben kleinere Mengen des Medikaments aus. Diese Kur, an die sich die Kranken sehr bald gewöhnen, ist längere Zeit hindurch ohne Nachteil anwendbar. Ihre Resultate sind für die weitaus größere Mehrzahl der Fälle durchaus gut, namentlich in Bezug auf die Krampfanfälle, die seltener wurden. Ob der Kur noch nach ihrem vollständigen Aussetzen ein Einfluß auf die Epilepsie zuzuschreiben sei, ist nicht sicher; Dingel führt aber vier Fälle an, die auch noch längere Zeit nach Beendigung der Kur erheblich weniger Anfälle aufzuweisen hatten als zuvor. — (Die ärztliche Praxis, 1905, Nr. 1/2.)

Anzeige.

Eine Partie guterhaltener medizinischer

Zeitschriften und Bücher

sind zu sehr mässigen Preisen abzugeben.

Verzeichnisse zu Diensten.

Schnitzler'sche Buchhandlung, Wetzlar.

Redakteur: Sanitätsrat Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro. 4 XLV. Jahrgang. April. 1905.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Imponderabilien; Originalbeitrag von Dr. Kühner. — Ueber das Wesen des Krebses. Die diätetische Behandlung der Epilepsie. Ueber die therapeutische Anwendung des Aderlasses. — Zur Behandlung des Glaukoms. Principien und Fortschritte in der Behandlung der nichtparasitären Hautkrankheiten. — Enteroptose und Hängebauch.

Imponderabilien.

Originalbeitrag von Dr. A. Kühner [Koburg].

Imponderabilien erfahren in unserer Zeit, in welcher das Sichtbare in der medizinischen Forschung vorherrscht und diese Bedeutung auch auf die Heilkunde überträgt, nicht die genügende Würdigung. Die Untersuchung mit einem Auge hat während der letztvergangenen Jahrzehnte für das Wissen und zumteil auch für das Können des Arztes unschätzbare Leistungen, Fortschritte und Vorteile geschaffen. Für diese Leistungen entscheidet indeß neben dem Sichtbaren das Unsichtbare. Wir müssen, um unsern Beruf in der Heilkunde allseitig zu erfüllen, mit beiden Augen forschen; wir dürfen neben der Untersuchung mit dem Mikroskop, den Ausblick in die Natur und den Einblick in die Seele des Menschen nicht verlieren.

Unter Imponderabilien als Heilmittel verstehe ich hier nicht nur die Einwirkung von Licht, Elektrizität, Magnetismus, Psychotherapie, welche zumeist Gemeingut der Aerzte geworden sind, sondern ich beschäftige mich im nachfolgenden Exposé mit einigen Imponderabilien, deren Wirkung unbewußt beim Kranken selbst zumeist gleichermaßen von Seiten des Arztes zur Geltung gelangt, wenngleich diese Wirkung durch ihn bewußt mächtig zum Vorteil der Heilung geübt werden kann.

Um sogleich das zum Verständnis zu bringen, was uns am nächsten liegt, betrachte ich unter den Imponderabilien die Persönlichkeit des Arztes. Die Alten verstanden die persönlichen Eigenschaften des Arztes und ihre

Digitized by Google

mächtigen Stützen in der Heilkunde weit mehr zu würdigen als unsere Zeit. Das ist die Frucht einer verschobenen Gesetzgebung, welcher die Heilkunde unterworfen worden, um sie dem beutelustigen und skrupellosen Kurpfuschertum preiszugeben, um sie von der lichten Höhe einer Kunst und einer Wissenschaft in den Sumpf der Geschäftsmache und der Gewissenlosigkeit herabzuziehen! Und bei allen Gewerben wird mit der wachsenden Zahl der Erwerbsteilnehmer auch die Unlauterkeit vermehrt. Die Zeit ist verschwunden, in welcher Josua den Sirach lehrte: Achte den Arzt, sein Wissen läßt ihn mit erhobenem Haupte einherschreiten und gewinnt ihm Bewunderung auch von Fürsten. Galen konnte empfehlen, die Behandlung aufzugeben, wenn der Kranke oder seine Angehörigen dem Arzte „nicht die gebührende Ehre" erweisen sollten. Heutzutage legt sich auf das erhobene Haupt des Arztes mit schwerem Druck die Hand vom Kassenvorstand und damit uns nicht die „gebührende Ehre" erwiesen wird, dafür sorgt der Herr Fabrikant und jeder Ignorant, die Konkurrenz!

Nur wenige Praktiker ahnen, welchen Schatz von einer Pharmakodynamik sie umhertragen mit ihrer Persönlichkeit. Ich kannte einen alten Landarzt, der im Schlafrock und in Pantoffeln Kranke besuchte. Dieser rusticus führte sicher keine Imponderabilien der Heilung bei sich. Der Arzt muß eine prima Persönlichkeit sein, wenn er vermöge persönlicher Eigenschaften heilen soll und will. Man begreift zwar leicht, weshalb sich jenem Praktiker auf einem einsamen Dorf ein Bauer in den Tagen einer Krankheit auf gut Glück überläßt, denn letzterer steht eben nicht auf dem Grade der Kultur, welcher erforderlich ist, um eine wissenschaftlich oder künstlerisch vorbereitete Persönlichkeit auch nur obenhin zu beurteilen, teils gestattet dem Landbewohner die Einheit des Individuums keine Wahl. Aber bei gebildeten Kranken hängt sicher vieles bei der Heilung von der Persönlichkeit des Arztes ab. Unter zartfühlenden Menschen entscheidet oft bei der Wahl des Arztes und für dessen wirkungsvollen Umgang mit dem Kranken die Sympathie; kein Dienstverhältnis, kein Vertragsverhältnis, in welchem letzteren bekanntlich Arzt und Kranker zu einander stehen, wird auf die Dauer förderlichen Bestand haben, wenn ihm nicht jenes sympathische Verhältnis, das oft mit einem Augenblick zwei menschliche Wesen für immer verbindet, zu Grunde liegt. Um sich diese Sympathie zu erwerben und zu erhalten, sind gewisse persönliche Eigenschaften des Arztes erforderlich. Das persönliche Auftreten, die Kleidung, Gang, Haltung Bewegungen, Gesten, der Umgang mit Kranken, das alles, so nebensächlich das Aeußere von manchen Praktikern gehalten wird, entscheidet für die Heil-

Digitized by Google

ung nicht minder, als einige Dosen der wirksamsten, in ihren Erfolgen immerhin zweifelhaften Arznei. Der Arzt muß sich, um mit Erfolg in Wirksamkeit zu treten, an die Stelle des Kranken versetzen. Sein Denken, Fühlen und Wollen geschieht in ganz anderer Weise als in gesundem Zustand. Mag die Krankheit plötzlich oder allmählich ihn befallen, nach kurzer Zeit ist der davon Befallene, und gerade der gebildete, weil er über seinen Zustand weit mehr nachdenkt, weit mehr unterrichtet ist, als der ungebildete, meist mehr gemütskrank, als körperlich leidend. Der gebildete Kranke bewegt sich, ganz abweichend von seinem Verhalten in gesunden Tagen, in einem ungemein kleinen Kreis der Vorstellungen und Wünsche, alle Hoffnungen sind nun vereint in baldiger Genesung. Der Gesunde hat viele Wünsche, der Kranke nur einen. Es ist eine gewisse geistige Schwäche, ein kindlicher Zustand den wir bei den meisten Kranken vorfinden, eine Eigentümlichkeit, die wir nach allen Richtungen ermessen und sehr wohl in unserm Tun und Lassen berücksichtigen müssen. Nur diese Eigentümlichkeit macht es erklärlich, daß gebildete, einsichtsvolle Persönlichkeiten vertrauensvoll nach angeblichen Heilmitteln greifen, deren Wirkungslosigkeit und Abenteuerlichkeit von ihnen in gesunden Tagen verlacht wird. Namentlich bei Nervenkranken läuft doch alles in der Behandlung auf die Persönlichkeit des Arztes hinaus und für Hysterische gilt das brillante Diktum von Sir James Paget, welcher sagt, daß, während die Kranke behauptet sie „cannot", die Pflegerin, sie „will not", die Wahrheit ist, daß sie „cannot will!" Sympathie ist ein großes Heilmittel, allerorts und allezeit gegenwärtig in der allgemeinen Therapeutik des Arztes; derselbe muß wissen, der Patient denkt mehr an den Doktor, als an seine Verordnungen, während dieser mehr seinen Hieroglyphen, als sich selbst vertraut! Für manche Praktiker gilt freilich das Wort von Molière: „Er war geboren als Mann und starb als Doktor"! Coleridge betrachtet den als den besten Arzt, der am meisten Hoffnung auf Heilung beim Kranken erweckt und unterhält. Reil fordert, daß der Arzt unheilbare so behandle, daß sie zwar das Leben, nicht aber die Hoffnung verlieren. Jugendlichen, unerfahrenen Praktikern will ich hier sofort eine Mahnung anheimgeben, deren Befolgung ihnen viel Aerger und Verdruß ersparen wird, abgesehen von dem Verdruß, sofort durch einen weniger aufrichtigen Kollegen verdrängt zu werden. Diese Mahnung lautet: Man gebe niemals bei einem Unheilbaren auf die Hoffnung auf Genesung selbst den Angehörigen gegenüber! Billroth, in dessen Einleitung zur Krankenpflege der Arzt manches hierher gehörige findet — ich schreibe den vorliegenden Beitrag ganz original — sagt:

Digitized by Google

„Kein Kranker findet sich in den Gedanken, daß er an einer unheilbaren Krankheit leidet. Er weiß, daß es unheilbare Krankheiten gibt, er hat Freunde und Verwandte an solchen zu Grunde gehen sehen; doch in seinem eigenen Fall sucht und findet er die Ursache meist in ganz nebensächlichen Dingen, nicht in der Unheilbarkeit der Krankheit an sich. Dies ist ein Glück für die meisten dieser Kranken; sie hoffen bis zum letzten Augenblick, man soll ihnen die Hoffnung nicht trüben; sie täuschen sich über ihren Zustand; man reiße sie nicht aus ihren hoffnungsvollen Vorstellungen. Hier kommt die Pflegerin wie der Arzt oft in die schwierigsten Lagen. Der Kranke drängt, die volle Wahrheit zu wissen, er sagt, er sei auf alles vorbereitet. Man darf ihm dies aber nicht ganz glauben; er täuscht sich über den Grad seiner Kraft, das Schrecklichste zu hören."

Neben der Persönlichkeit des Arztes nnd der von ihm ihren Ausgang nehmenden Imponderabilien kommen noch eine Menge anderer in Betracht, welche gewöhnlich gar keine oder nur wenig Berücksichtigung finden. Die Eindrücke, die unsichtbar auf den Kranken wirken, sind unzählig, ihre Wirkung ist bald deprimierend, bald excitierend, bald den Kranken belastend, bald selbst zur Krankheitsursache werdend, den Fall verschlimmernd, in anderen Fällen aber bessernd, heilend. Alle diese dynamischen Eindrücke, die auf den Kranken einwirken, soll der Arzt, so weit er vermag, benutzen, ordnen, beherrschen in der Absicht der Heilung.

Daß der Kranke mit Zuversicht auf baldige Genesung unterhalten und in dieser Erwartung vom Arzt gefestigt werde, ist bereits genugsam hervorgehoben worden. Das Wort Tod darf jenem weder in Wort noch Schrift begegnen. Ein einziges unbedachtes Wort kann Kranke töten oder im höchsten Grade schädigen. Wenn man eine vernünftige, ständige Pflegerin nicht zur Seite hat, so vergewissere man sich von der Zuverlässigkeit der Umgebung und halte alberne Menschen fern oder verbiete jeden Besuch. „Es gibt auch Annehmlichkeiten für den Kranken," sagt schon Hippokrates, „und diese bestehen hauptsächlich darin, demselben durch heitere Gespräche, leichte, fröhliche Lektüre und zarte Aufmerksamkeiten Freude zu bereiten!" Freude ist nach Schillers Worten ein schöner Götterfunken, der auch in der trüben Seelenstimmung des Leidenden wieder einen lichteren, helleren Schein hervorzurufen vermag. Die Welt ist ein Spiegel, der jedem den Widerschein seines eigenen Antlitzes zurückgibt. Blickt ihn finster an, so wirft er auch ein finsteres Gesicht zurück. Lacht und scherzt mit ihm und er ist ein heiterer, freundlicher Gesell. Der Kranke ist der Spiegel seiner Umgebung und spiegelt sich

Digitized by Google

in ihr. Eine sonnige Stimmung verbreitet Sonnenschein rings um sich. Wer einen Patienten besucht, soll ein lachender Philosoph, ein Weltweiser sein. Die Gemütsstimmung wirkt ansteckend. Die Stimmung des Besuches muß sich nach dem Befinden des Kranken richten. Wie oft habe ich es erlebt, daß eine ungeschickte Aeußerung mir das verdorben hat, was ich mit großer Mühe Wochen lang aufgerichtet. „Ach Gott, wie sehen Sie aus!" „Wie sind Sie blaß, wie haben Sie abgenommen, seit ich Sie das letzte mal gesehen!" „Ihnen wird es nicht anders ergehen, als —" irgend einem Dritten, den der Tod in schrecklicher Weise ereilt hat. So und ähnlich tönt es oft aus dem Munde sog. teilnehmender Besucher dem nach Hilfe und Trost sich sehnenden Kranken entgegen. Er, der mit ängstlichen Mienen und gespannter Aufmerksamkeit jedem Wort des Arztes und der Angehörigen lauscht, dem jede beruhigende tröstende Versicherung ein Labsal und ein Lebensbalsam ist, hat plötzlich aus dem Munde eines Verwandten, eines Freundes, eines guten Bekannten die abschreckende Kunde zu vernehmen, daß sein Befinden, sein Zustand auf andere den schlimmsten Eindruck macht. Solche Aeußerungen bei Krankenbesuchen sind eine viel verbreitete arge Unsitte, welche die schärfste Rüge, den erbittertsten Tadel verdienen. Ein Todesurteil kann kaum niederschmetternder wirken. Solche törichte, tölpelhafte Reden halte man dem Kranken ferne. Man sagt von guten Aerzten, daß schon ihr Eintreten Leiden heilt. Das möge jeder beherzigen, der mit Kranken umzugehen hat. Ich denke noch mit Schrecken an den Augenblick, in welchem ein Anfänger, der mich in einem großen Krankenhaus geleitete, beim Eintritt in eine Abteilung die ungeschickte Aeußerung fallen ließ: „Hier liegen die Unheilbaren!"

Die ganze Umgebung des Kranken und zwar nicht nur die lebende, sondern auch Nahrungs- und Genußmittel, Ruhe, Bewegung, kurz alles was auf seine Bequemlichkeit, Annehmlichkeit wirkt, muß nach dieser Richtung gehalten werden. Mit geringfügigen Mitteln kann hier bei gehöriger Aufmerksamkeit Großes erreicht werden.

Ohne uns ins Unbegrenzte zu verlieren insbesondere auch inbezug auf zahlreiche psychische Eindrücke, die wir in ihrer Wirkung auf den Kranken beherrschen, bald steigern, beschleunigen, bald verlangsamen, hemmen müssen in der Absicht der Heilung, sei hier nur noch ein mächtiges dynamisches Unterstützungsmittel der Heilung hervorgehoben, das der Natur entsprungen, unbewußt dem Arzt und dem Kranken zu deren Vorteil in Wirksamkeit tritt, die vis medicatrix naturae. Dieses therapeutische Agens entfaltet eine so mächtige Kraft, daß deren Einfluß für die Genesung

Digitized by Google

unerläßlich, mag diese mittelst physikalischer, mechanischer, chemischer, dynamischer, psychischer Heilfaktoren angestrebt werden. Jeder Krankheitsprozeß wendet sich zum Tod, wo diese Heilkraft der Natur nicht in Mitwirkung tritt. Diese vis medicatrix naturae handelt unabhängig vom Willen, Wissen und Können des Arztes, in der Tat tritt ihre Wirkung dynamischer Art, aber konservativ, in guter Absicht und scheinbar mit Auswahl auftretend, nur äußerlich zu Tag. Die vis medicatrix naturae ist ein Vorgang, der unbewußt zur Geltung gelangt, ein Vorgang, der aber durch bewußte seelische Einflüsse, durch Leidenschaften und Affekte sicher günstig oder ungünstig beeinflußt wird. Ich betrachte die Krankheit als eine Anpassungsform des Lebens an die Schädlichkeit und behaupte, daß der Chirurg, indem er auf operativem Weg manche Radikalheilungen herbeizuführen sucht, vielfach der vis medicatrix naturae entgegenarbeitet. Vor mir liegt ein ausgezeichnetes Buch: Unconscious therapeutics; or the personality of the physician. By Alfred J. Schofield Hom. Physician to Friedenheim Hospital etc. London J. and A. Churchill 1904, Preis Mk. 5, ein Werk, das aus äußeren Gründen wohl der Uebersetzung ins Deutsche kaum zugänglich werden wird. Ich kann mir nicht versagen, unter den zahlreichen Beispielen, welche der Verfasser erbringt, über die mannigfache Entfaltung der vis medicatrix naturae hier hervorzuheben, was dort über ihre Wirkung bei der Appendicitis gesagt wird.

Eine grosse Kalamität bildet in vielen Fällen die Perforation. Sie kann plötzlich oder zufällig erfolgen, selbst ohne vorherige Warnungssignale irgend welcher Art. Die Folgeerscheinungen der Perforation äußern sich als Peritonitis. Diese Erscheinungen sind peinlich, ungestüm, aber in ihrer Tendenz nicht maligne, sondern benigne, diese Erscheinungen bilden die Aeusserung energischer Bestrebungen der Natur, die Kalamität zu begleichen und dem Kranken das Leben zu retten. Der intensive Schmerz und Kollaps legen dem Befallenen absolute Ruhe auf und zwar in einer für die Heilung günstigen Lage. Jede Verschiebung dieser steigert die Schmerzen. Das schwere Krankheitsgefühl, die Uebelkeit, der gänzlich darniederliegende Appetit verschliessen die Eingangs- und Ausgangspforten des Darmtraktus, so daß demselben die für die Wiederherstellung notwendige alsolute Ruhe gesichert wird. Das Abdomen wird ungemein empfindlich gegen Druck und gewährt den von demselben umschlossenen Teilen Schutz vor Beschädigung und Störung, deren Fernhaltung noch durch ein weiteres Symptom gewährleistet wird, durch die Rigidität der Abdominalwände, welche wie ein Küraß die inneliegenden Teile beschützen. Unter denselben Bedingungen wird die Zirkulation so ein-

Digitized by Google

geschränkt, daß einer Aufnahme septischer Stoffe von den affizierten Stellen in das Blut so wenig wie möglich Zugang verschafft wird. Unter diesen Umständen wird die Peritonitis, gewöhnlich betrachtet als eine der gefürchtesten Krankheiten, ein Prozeß, der dem Kranken die größten Vorteile bringt. Die Peritonitis ist ein Bestreben der vis medicatrix naturae zur Heilung, welche sie in Millionen von Fällen zu Stande bringt. Ohne Peritonitis wäre jede intraabdominale Wunde und eine Menge intraabdominaler Vorgänge unvermeidlich verhängnisvoll. Die Wirkungsweise der Peritonitis ist zugleich wunderbar einfach. Sie bewirkt eine Paralyse des in ständiger peristaltischer Bewegung befindlichen Darmes. Durch Cessation dieser steten Bewegungen wird die für die Heilung notwendige Ruhe gewährleistet. Noch mehr: die Peritonitis ergießt eine plastische Lymphe, welche die benachbarten Darmschlingen miteinander verklebt und in unglaublich kurzer Zeit die beschädigte Körperpartie isoliert und abschließt. Die Peritonitis bildet eine Barriere um den Sitz der Krankheit, und von dieser Barriere hängt das Leben des Kranken ab. Ein Abszeß bildet sich, aber infolge der aktiven Peritonitis wird dessen Inhalt abgeschlossen, für eine Zeit lang unschädlich gemacht und unter günstige Bedingungen versetzt, um aus dem Körper ausgeschieden zu werden. Viele Chirurgen betrachten die Peritonitis als verhängnisvoll, als ein Schreckensgespenst, welches Tod und Verderben verbreitet. In Wahrheit ist die Peritonitis des Arztes bester Freund. Wer sie verwünscht, gleicht einem, dessen Haus in Flammen steht und der den Wasserstrom abwehrt, welcher sich ergießt auf das brennende Gebäude. Viele Krankheitssymptome, welche man als ganz verderblich mit Gewalt aus dem Körper hinauszutreiben sucht, soll man vielmehr als Anzeichen der Natur betrachten, um den Arzt bei der Behandlung in die richtigen Wege zu leiten. Die Behandlung hat zum großen Teil sich zu bestreben, die natürlichen Vorgänge nachzuahmen und die Nachahmung stützt sich auf die zumeist verwünschten Symptome der betr. Krankheit.

II. Medicin.

Ueber das Wesen des Krebses. In der Berl. med. Gesellschaft ist soeben die Frage nach dem Wesen der Krebsgeschwülste eingehend erörtert worden. Zunächst kam Orth zu Worte, der eine Einteilung der verschiedenen Formen der Krebse auf Grund des jetzigen Standes der Forschung gab und zugleich den Bau der primären Geschwülste und Metastasen erörterte. Virchow's Nachfol-

Digitized by Google

ger verhielt sich, wie sein Vorgänger, im höchsten Maße skeptisch der parasitären Theorie gegenüber und erklärte, daß bis jetzt jeder anatomische Beweis dafür fehle. Im gleichen Sinne äußerte sich v. Hansemann, der über die Aetiologie sprach. Er führte zunächst aus, daß es dreierlei Theorien über den Ursprung der Krebsgeschwülste gäbe: erstens die Infektionstheorie, die bis in die vorbakterielle Zeit zurückgeht. Für sie soll sprechen, daß man angeblich erfolgreich Impfungen ausgeführt habe, durch Uebertragung der Geschwülste von Menschen auf Tiere. H. widerlegt aber die Experimente als nicht stichhaltig, es seien nur Transplantationen, aber nicht Infektionen. Ein zweiter Beweis soll das epidemische Vorkommen des Krebses und die Uebertragung bei Eheleuten sein. v. H. glaubt jedoch, daß die vorhandene Zunahme der Krebserkrankung an anderen Umständen, z. B. auch an der geringeren Mortalität in früherem Lebensalter liege. Außerdem glaubt v. H. auch die scheinbare Zunahme auf bessere Diagnostik zurückführen zu können, um so mehr, als immer noch 20% der Krebse erst durch die Sektion nachgewiesen werden. Krebs bei Ehegatten käme aber nicht häufiger als andere Krankheiten vor. So fortschreitend sei übrigens die Krankheit nicht in der Zunahme begriffen, um das Publikum durch die Presse damit beunruhigen zu müssen; höchstens sollte dieses so viel Aufklärung erhalten, um sich frühzeitig in Behandlung zu begeben. Für die Infektionstheorie wird als dritter Beweis das Vorhandensein von Infektionserregern behauptet. Von Bakterien ist nun freilich keine Rede mehr, schon weil die Tumoren anders als infektiöse aussehen. Und auch bei den durch Protozoen erzeugten Krankheiten ist das Bild ein ganz anderes; die sog. Krebsparasiten sind Zelleinschlüsse, und ihnen wird gerade von solchen meist eine Bedeutung beigemessen, die histologisch nicht sonderlich geschult sind. Es liegt bisher keine Veranlassung vor, einen Parasiten anzuerkennen, und es gibt bisher keinen Beweis dafür, daß eine Infektionskrankheit vorliegt. Um so weniger sollte man dem Publikum die Krankheit als Infektionskrankheit darstellen; da die armen Krebskranken unnützerweise in den Verdacht kommen, ansteckend zu sein. v. H. geht dann zur zweiten ätiologischen Theorie des Krebses über, nämlich zur Erblichkeitstheorie. Er ist der Meinung, daß die Erblichkeit in einem gewissen Sinne in Betracht kommt. Jedoch will er nicht allzuviel Wert darauf gelegt haben: bei einer so verbreiteten Krankheit kann scheinbare Häufung in Familien eine zufällige sein; auch sind die Krebse, die aus embryonalen Bildungen entstehen, die durchaus selteneren.

Digitized by Google

Die dritte Theorie, die traumatiſche, verdient volle Beachtung; für eine gewisse Gruppe von Krebsen ist sie sicher von Bedeutung. Es handelt sich stets um länger andauernde Traumen, nicht um einmalige, die höchstens eine Verſchlimmerung erzeugen können. Zu den chroniſchen Traumen gehören solche im weitesten Sinne des Wortes, also neben mechaniſchen auch thermiſche, chemiſche und auch Licht-Reize. Eine große Zahl von Krebsen entsteht an Stellen, wo solche Reize dauernd einwirken. Allein auch diese Theorie trifft durchaus nicht für alle Formen zu. Eine einheitliche Entstehungsursache gibt es nicht. Und man wird die Theorie der Entstehung aufbauen müssen auf jene Beziehungen der Reizbarkeit zu den Reizwirkungen, deren bisher fehlende Erkenntnis auch die Lehre vom Krebs enthüllen wird.

Den beiden anatomiſchen Forſchern trat von Leyden entgegen. Das Problem lasse sich nicht vom anatomiſchen Standpunkte allein lösen, die Klinik habe die Mitarbeit und weise auf die Infektionstheorie hin, die ebenfalls eine alte sei. Die Beziehungen der Traumen zum Krebse seien nur insofern von Bedeutung, als sie die Eingangspforte ſchaffen für die Infektion, und ähnliches gelte für die Erblichkeit. Für die infektiöse Natur spreche die geographiſche Verbreitung und die Rassenverbreitung, welche freilich v. H. bekämpft hatte. Auch erſcheint v. L. die Uebertragbarkeit des Krebses im Gegensatz zu v. H. erwiesen. Es muß die Bösartigkeit des Krebses, seine Verbreitung, seine Metastasenbildung nur durch parasitäre Ursachen erklärt werden. Im Gegensatz zu Orth erſcheinen also v. L. die Krebsmetastasen den infectiös-septiſchen identiſch. Und wenn Orth und v. Hansemann an der Ansicht festhalten, daß die Zelleinſchlüsse in den Krebsgeſchwülsten keine Parasiten seien, so tritt im Gegensatz dazu v. L. auf das Bestimmteste dafür ein.

Aus der im vorstehenden in Kürze skizzierten Diskussion wird der Praktiker ersehen, daß die Frage nach der parasitären Aetiologie der Krebskrankheit noch lange nicht gelöst ist. Ist es vielleicht für die Entwicklung der Forſchung auf diesem Gebiete von Vorteil, daß im letzten Jahrzehnt die breite Oeffentlichkeit damit stark beſchäftigt wurde, weil namhafte Summen staatlicherseits und auch privatim für das Studium der Angelegenheit gespendet worden sind, so muß andererseits in sehr vorsichtiger und diskreter Weise dem Publikum gegenübergetreten werden, da ein negatives Ergebnis, mit dem vielleicht die Untersuchungen endgültig ſchließen könnten, der ohnehin vielfach ungerecht angegriffenen und doch so ernsten ärztlichen Forſchung nicht zum Vorteil gereichen könnte.

Digitized by Google

Vor allem wird auch an der Therapie des Krebses nichts zu ändern sein. Der operative Eingriff stellt nach wie vor das einzige Radikalheilmittel dar, auch die Behandlung mit Lichtstrahlen, über die wir schon früher berichten konnten, ist meistens unbrauchbar und könnte nur für die oberflächlichen flachen Hautkrebse, wenn sie ganz frisch sind, in Betracht kommen. Zu warnen ist, vorläufig wenigstens, vor dem Heilserum des Krebses, das immer aufs neue auftaucht; neuerdings wird die französische Aerztewelt durch ein von Doyen angegebenes Heilserum in Aufregung gehalten, über dessen Erfolge wir aber erst nach sorglicher Prüfung der französischen Akademie uns ein Bild werden machen können. Gänzlich abgelehnt in Deutschland ist das Griserin. —(Zeitschr. f. ärztliche Fortbildung.)

Die diätetische Behandlung der Epilepsie. Der Direktor der Landespflege-Anstalt in Uchtspringe-Altmarkt, K. Alt, hat die an seinen 1250 in Pflege stehenden Epileptikern gemachten Beobachtungen über den Einfluß verschiedener Faktoren auf den Zustand der Kranken zusammengestellt und kommt zum Schluß, daß physikalische Vorgänge wie Temperaturschwankungen, Wind, Mondphasen usw. ohne Beziehungen zur Häufigkeit der Anfälle sind, desgleichen die Infektionskrankheiten. Dagegen muß die Kost als Ursache häufigeren Auftretens von Krampfanfällen angesprochen werden. Schlechte Kartoffeln, Brot aus schlechtem (zweiwüchsigem) Getreide, zu frische Backwaren vermehrten die Anfälle. In Uchtspringe werden daher nur drei Tage altes Brot und einen Tag alte Brödchen verabfolgt. Dass die Kostregelung als ein gewichtiger Teil der Behandlung anzusehen ist, wußten schon die ältesten medizinischen Schriftsteller. Namentlich Fleischkost übt einen ungünstigen Einfluß auf die Epileptiker aus, und sollte bei nervösen Kindern vollständig ausgeschaltet werden. Auch quantitativ ist die Diät zu regeln, zumal manche Epileptiker geradezu an Gefräßigkeit leiden. Verminderte Nahrungszufuhr allein pflegte oft die Zahl der Anfälle herabzusetzen. Noch mehr nahmen die Anfälle bei ausschließlicher Pflanzenkost und am meisten bei Milchkost ab. Die Pflanzenkost bestand aus Gemüsen, Brot, Suppen und Breien von Kartoffeln, Reis, Gries und dergl. Bei der Milchdiät erhielten die Patienten durchwegs $2^1/_4$ Liter Milch am Tage und sechs Zwieback (100 gr). Die Versuchsergebnisse sprechen im allgemeinen sehr zu gunsten der fleischlosen Diät. Immerhin standen sich 3 von 24 Kranken bei Fleischkost besser als während der Milch- und Pflanzenkostperiode. Es gibt aber Epileptiker, denen, da sie an einer mit Hyperaciditas hydrochlorica

Digitized by Google

einhergehenden Magenstörung leiden, Fleischkost bekömmlicher ist als ganz fleischlose Diät. Auch von der Pflanzenkost, die im allgemeinen die Anfälle günstiger beeinflußt, als die gemischte, etwas weniger günstig als die Milch, sah man bei vier Kranken eine erheblich größere Abnahme der Anfälle als bei Milch- oder Fleischnahrung. Umgekehrt vertrugen 2 Kranke die Pflanzenkost gar nicht und erfuhren hier selbst im Vergleiche zu Fleischkost eine starke Zunahme der Krämpfe. Die Milchkost hat bei den meisten Versuchspersonen eine auffällige Abnahme, bei zweien sogar ein Aufhören der Krämpfe zur Folge gehabt 4 Personen erfuhren jedoch in der Milchperiode eine ganz erhebliche Verschlechterung, so daß die Zahl der Anfälle in die Höhe schnellte und das Allgemeinbefinden, namentlich in psychischer Hinsicht höchst ungünstig verändert schien. Jedoch war in allen vier Fällen kurz nach Einführung der Milchdiät hartnäckige Verstopfung und eine ziemliche Indikanurie eingetreten. Diese vier Personen befanden sich am wohlsten bei vegetarischem Regime, das offensichtlich der bestehenden motorischen Darminsuffienz am wirksamsten steuerte.

Aus diesen Beobachtungen geht hervor, wie verkehrt es ist, für alle Epileptiker eine und dieselbe Diätform anzuordnen und von ihr allemal Besserung zu erhoffen. Die diätische Behandlung der Epilektiker muß individuell gehandhabt werden. Schließlich sei noch ein Beispiel angeführt, wie Diät und Brom zusammenwirken. Sechs jugendliche Epileptiker, welche seit Monaten keine Medikation bekommen hatten, erhielten nacheinander je 30 Tage lang Milchkost, dann Milchkost mit 2 gr Brom, dann gemischte Kost mit 2 gr Brom, hierauf wieder Milchkost mit 2 gr Brom. Während der ersten und zweiten Milchperiode wurde die bei einzelnen auftretende Stuhlträgheit nicht weiter bekämpft, dagegen erhielten die Versuchspersonen in den letzten 30 Tagen im Bedarfsfall einen Einlauf, Abführmittel, auch Salzsäure usw. Die Krampfzahl war in Per. I 96; in II 46; in III 54; in IV 12. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 53. Wien. klin. W. Nr. 3. 05.)

Ueber die therapeutische Anwendung des Aderlasses. Von Wradyslaw Bruner. (Zeitschrift für klinische Medizin, Bd. 53.) Die Technik des Aderlasses ist sehr einfach. Die Gefahr, anstatt der Saug- die Schlagader zu öffnen, ist sehr übertrieben worden. Bei einiger Aufmerksamkeit kann dies niemals geschehen. Die Blutquantität, die zu entnehmen ist, läßt sich nicht genau vorher bestimmen. Hier muß auf eine ganze Reihe von Momenten Rücksicht genommen werden, so z. B. auf den all-

Digitized by Google

gemeinen Zustand des Kranken, dessen Puls usw. Gewöhnlich sind es 200—400 ccm. Die Operation wird fast stets gut vertragen, nur gelegentlich kommen kurzdauernde Ohnmachtsanfälle vor, die entweder als Reflexwirkung bei erregbaren Patienten entstehen oder als Folge einer ralativen Gehirnanämie aufgefaßt werden müssen. Aus diesem Grunde läßt B. seine Kranken während des Aderlasses stets eine horizontale Lage einnehmen und das Gesicht vom Operationsfeld abwenden.

Die Hauptwirkung des Aderlasses besteht in einer mechanischen Entlastung, da durch denselben gewisse Zirkulationshindernisse beseitigt werden. Durch den Aderlaß beseitigen wir nicht die Krankheit, sondern beeinflussen nur deren Folgen. Deshalb sollte nie vergessen werden, daß der Aderlaß auch mal versagen kann, wie andere allgemein anerkannte und ausprobierte Heilmethoden. Es kommt hier vor allem auf den Zeitpunkt an, in dem derselbe gemacht wird. Die Wirkung des Aderlasses ist eine mechanische. Durch Entziehung einer gewissen Quantität von Blut wird der Widerstand im Zirkulationssystem vermindert, die Forderungen, die an das Herz gestellt werden, nehmen ab, infolgedessen wird sich dasselbe viel energischer kontrahieren und die durch die Krankheit entstehenden Hindernisse viel leichter überwinden können. Aus diesem Grunde ist der Aderlaß indiziert bei akuten und chronischen Fällen (croupöse Pneumonie und eine ganze Reihe chronischer Herz- und Lungenkrankheiten, die mit Kompensationsstörungen verlaufen.)

Gute Dienste leistet derselbe bei eintretender Cyanose, Pulsverfall und Atemnot im Gefolge der croupösen Pneumonie, direkt angezeigt ist er, wenn drohende Erscheinungen eintreten, wie Lungenödem, bedeutende Cyanose, Pulsus mollis et deficiens, Atemnot, die Vorboten einer Herzparalyse. Da der Aderlaß eine Verminderung der roten Blutkörperchen hervorruft, im Fieber aber ein erhöhtes Bedürfnis an Sauerstoff vorhanden ist, das erst beim Sinken des Fiebers abnimmt, so muß der Aderlaß, der lange Zeit vor dem Temperaturabfall gemacht wird, eigentlich schädlich wirken. Dieser ungünstige Einfluß kann aber reichlich ausgeglichen werden durch den großen Nutzen der plötzlichen Entlastung des Zirkulationsapparates und Verminderung der Hindernisse für die Herzarbeit.

Handelt es sich um Fälle von Herzfehler und Lungenemphysem, so ist es gleichgültig, ob die Ursache des drohenden Zustandes in den Lungen, oder im Herzen, in den Herzklappen oder Herzmuskel sitzt. Vor allem kommt es darauf an, daß dem Herzmuskel die Möglichkeit gegeben wird, seine Reservekräfte entfalten zu können. Ist nun aber

Digitized by Google

die Degeneration des Herzmuskels weit fortgeschritten, so wird der Aderlaß entweder ganz nutzlos oder nur von schnell vorübergehendem Erfolg sein. Dennoch aber soll man, da man den Zustand des Herzmuskels niemals genau feststellen und den Nutzen des Aderlasses im voraus beurteilen kann, bei nicht sehr heruntergekommenen Patienten, wo trotz aller herz- und harntreibenden Mittel eine Herzerschöpfung eintritt, vom Aderlaß Gebrauch machen. Er wirkt hier lebensrettend und kann auch eine längere Zeit andauernde Besserung schaffen. Ob hier eventuell ein abermaliger Aderlaß von Nutzen sein kann, darüber besitzt Verf. keine eigene Erfahrung. Bei der Lungenentzündung aber kann man den Aderlaß wiederholen, wenn es sich um kräftige Individuen handelt.

Bei der Gehirnapoplexie hat B. keinen Erfolg von der Anwendung der Venaesectio gesehen. Jedoch dürfte dieselbe dort angezeigt sein, wo es sich um frische Fälle und starke nicht sehr alte Individuen mit gutem regelmäßigem Puls, ruhiger Atmung und stark pulsierenden Halsarterien handelt.

Die Erfolge, die man mit dem Aderlaß bei der Urämie erzielt, sind bekanntlich recht gute. Auch hier wirkt derselbe nur rein mechanisch, weil bei der Urämie Blutödem und Blutdrucksteigerung positiv frstgestellt sind, der Aderlaß nur bei akut eingetretenen Fällen von Erfolg begleitet wird und bei keinem anderen Leiden ein so bedeutendes Sinken des Blutdruckes nach dem Aderlasse beobachtet wird wie bei der Urämie. Aehnlich wie bei der Urämie wirkt der Aderlaß auch bei der Eklampsie, wenn auch manche Autoren sich gegen die Anwendung des Aderlasses bei diesem Leiden äußern. Ganz zwecklos ist derselbe aber bei der Bleichsucht.

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Zur Behandlung des Glaukoms von Prof. Dr. P. Silex-Berlin (Zeitschrift f. ärztl Fortbildung 6/05), und zwar über die dem Praktiker besonders in den ersten Anfängen oft zur Behandlung sich darbietende entzündliche Form des grünen Stars. Die Diagnose ist, im allgemeinen, leicht zu stellen. Sie ist gelegentlich schwierig bisweilen unmöglich, wenn schon eine Behandlung, z. B. mit Atropin, stattgefunden oder wenn Iritis bestand und sich Gloukom hinzugesellte. Eine mehrtägige Beobachtung kann bei solchen Kranken notwendig werden. Der Patient klagt in leichten Fällen über anfallsweise auftretende Verminderung

Digitized by Google

der Sehkraft und Nebelsehen, verbunden mit farbigen Erscheinungen des Regenbogensehens bei Betrachtung eines Lichtes. Diese Diffraktionserscheinung ist von größter diagnostischer Bedeutung. Gelegentlich wird auch bei Bindehautkatarrh infolge der Auflagerung von Tränenflüssigkeit und Schleim auf der Hornhaut über Farbensehen geklagt, doch überwiegt hier Gelb, und die anderen Farben treten nur sehr undeutlich hervor, außerdem ist dies Symptom leicht durch Lidbewegung zum Schwinden zu bringen. Dann haben wir bei dem Glaukom ein Druckgefühl im Auge und dumpfe, nach Stirn und Schläfe hin ausstrahlende Schmerzen. Objektiv läßt sich meist außer Drucksteigerung eine zarte Ciliarinjektion oder eine Schwellung der Konjunktion (Chemose), eine rauchige Trübung der Kornea, Abflachung der vorderen Augenkammer und eine weite, sehr träge reagierende, manchmal auch starre Pupille nachweisen. Der ophthalmoskopische Befund (Arterienpuls usw.), der übrigens auch oft wegen der Trübung der Kornea fehlt, hat für den praktischen Arzt wenig Interesse, die äußeren Symptome genügen in der Mehrzahl der Fälle für die Diagnosenstellung.

Viele bezeichnen obige Erscheinungen, wenn sie wenig hervortreten, als Prodromalsymptom des Glaukoms, besser aber dürfte es sein, von leichten Glaukomanfällen zu sprechen. Bei heftigen Anfällen, dem sogenannten akuten Glaukomanfall, steigern sich die Erscheinungen, und es stehen unter Störung des Allgemeinbefindens, wobei besonders Brechneigung hervortritt, halbseitige Kopfschmerzen und eine hochgradige Verminderung des Sehvermögens im Vordergrund. Wir finden Lidödem, Chemosis conjuktivae bulbi und eine dichte, den Einblick in das Augeninnere verwehrende Hornhauttrübung, die vordere Kammer ist eng, die Pupille weit und starr, die Iris verfärbt, die Spannung der Bulbi erhöht, das Gesichtsfeld frei oder nach einer Seite, meist der medialen, verengt. Ein solcher Anfall kann in einigen Stunden das Sehvermögen dauernd zugrunde richten (Glaucoma fulminans) er kann spontan oder medikamentös, z. B. durch Eserin beeinflußt, zurückgehen — kehrt aber dann gewöhnlich in einiger Zeit wieder; er kann sich auch hinziehen (Glaucoma inflamentorum chronicum) und durch Drucklähmung der Netzhaut und Mitbeteiligung des Sehnerven (glaukomatöse Exkavation) den Ruin des Auges herbeiführen.

Wie sollen wir uns nun verhalten, wenn ein Patient mit obigem Symptomenkomplex zu uns kommt? Das wichtigste ist, nicht gleich, wie es vielfach bei entzündlichen Augenaffektionen Brauch ist, zur Atropinflasche zu greifen und Atropin zu instillieren. Seine Anwendung ist immer falsch bei Glaukom, irreparabler Schaden kann da-

Digitized by Google

durch herbeigeführt werden. Man wird in diese Verlegenheit gar nicht kommen, wenn man sich an folgendes erinnert: findet sich in einem entzündeten Auge eine erweiterte Pupille und ist Atropin nicht eingeträufelt worden, so liegt fast ausnahmslos Glaukom vor; die Ausnahmen bilden einige wenige Fälle von Iritis serosa, bei denen dann aber auch oft Tensionsvermehrung nachweisbar ist, so daß die Glaukomtherapie Platz zu greifen hätte. In ganz seltenen Fällen ist hier gelegentlich die Pupille weit, ohne daß eine Spannungszunahme des Augapfels herauspalpiert werden kann.

Es ist das höchste und unbestrittene Verdienst von Graefe, gezeigt zu haben, daß durch die Vornahme einer Iridektomie das Glaukom geheilt werden kann; durch diese Errungenschaft (1856) sind jährlich Tausende und Abertausende von unfehlbarer Erblindung bewahrt worden. Wie die Wirkung der Ausschneidung eines Irisstückchens zu erklären ist, unterliegt auch noch heutigentages der Kontroverse, und es lohnt nicht, an dieser Stelle auf die verschiedenen Theorien einzugehen.

Cohn-Breslau hat folgende Thesen aufgestellt: 1. „Jeder Glaukomatöse erhält Eserin. 2. Es wirkt am großartigsten im Prodromalstadium, und hier soll der Hausarzt sofort Eserin geben. 3. Auch im akut entzündlichen Anfall wirkt Eserin vorzüglich; stündliche Anwendung. Wird die Pupille eng, so ist der Anfall in 1 bis 2 Tagen verschwunden. 4. Eserin schadet nie; es kann jahrelang gebraucht werden. 5. Versagt Esserin, so müssen die Kranken schleunigst zum Augenarzt gehen. 6. Schreitet das Glaukom weiter, so wird irridektomiert — freilich mit nur mittelmäßiger Prognose."

Silex aber fragt: Warum nicht früher eine Iridektomie? Ein solches Abwarten diskreditiert nur die grosse v. Graefesche Errungenschaft. Mit Ausnahme weniger Fälle kann man sagen, daß die Iredektomie deswegen nichts oder nur wenig geleistet hat, weil zu spät operiert worden ist. Haben einmal Veränderungen im Sehnerven Platz gegriffen, so schreiten diese vielfach trotz vorzüglich gelungener Iridektomie weiter fort, und es kommt zur Atrophie des Optikus mit Exkavation; nur bei wenigen wird der status quo erhalten.

Damit wäre zugleich die Prognose bei Glaukoma inflammatorium chronicum gegeben, bei dem man, um Enttäuschungen vorzubeugen, dem Patienten stets sagen muß, daß die Aussicht auf Besserung nicht zu groß ist, daß man aber hoffen muß, den jetzigen Status zu erhalten. Zuerst finden sich mit dem Rückgang der Trübungen immer

Digitized by Google

Besserungen, nachher aber läßt das Sehvermögen häufig nach.

Große Vorsicht erheischt die Prognose in den Fällen, bei denen das Gesichtsfeld schon stark eingeengt ist. Manche Patienten haben noch eine normale Sehschärfe, während das Gesichtsfeld nach innen bis auf 10° an den Fixierpunkt herangerückt ist. Hier kann es passieren, daß gleich nach der Operation das zentrale Sehen verloren geht, wofür der Patient wenig dankbar sein wird.

Es darf nicht verschwiegen werden, daß es Fälle gibt, bei denen sich selbst eine regelrecht ausgeführte Iridektomie, selbstverständlich auch die Miotika nutzlos erweisen. Schon nach einigen Tagen oder Wochen sind Rückfälle da. Auch hier empfiehlt sich ein weiteres operatives Vorgehen; ratsam ist eine der ersten entgegengesetzt gelegene Iridektomie. Läßt auch diese im Stich, so sind Sklerotomien, sowohl vordere als hintere am Platze.

Ferner kann der Gebrauch des galvanischen Stromes, den einen Pol auf das Auge, den anderen auf den Hals aufgesetzt, für die Dauer von fünf Minuten täglich bei der Behandlung als unterstützendes Moment herangezogen werden.

In den letzten Jahren hat man solche Glaukome, bei denen alle Maßnahmen resultatlos waren, durch die Resektion des Ganglion cervicale supremum des Sympathikus zu heilen versucht. Die Literatur verzeichnet Erfolge und Mißerfolge und die Ansichten sind in dieser Beziehung noch nicht geklärt.

Bei Glaukoma haemorrhagikum, d, h. demjenigen entzündlichen Glaukom, das sich zu Netzhautblutungen hinzugesellt oder auch als eine Folge der Blutungen aufzufaßen ist, beeile man sich nicht mit der Operation, weil für das Sehvermögen infolge des Grundleidens doch nicht viel zu erwarten ist. Hier sind also die Miotika besonders am Platze. Versagen sie, so wird man nur mit sehr vorsichtiger Prognose zur Iridektomie schreiten, vorsichtig deswegen, weil bisweilen gleich nach dem Hornhautschnitt eine profuse, das Auge zerstörende Chorioideal- und Netzhautblutung eintritt.

Durch Glaukom erblindete und Schmerzen verursachende Bulbi werden von den meisten Augenärzten enukleiert.

Prinzipien und Fortschritte in der Behandlung der nichtparasitären Hautkrankheiten. Von Prof. Dr. E. Krohmayer (Berlin). (Wiener klinisch-therapeut. Wochenschr., 1904.) Kr. bespricht die Prinzipien und Fortschritte in der Behandlung des Ekzems, der Psorias, des Lichen ruber, der Pityriasis rosea, des Lupus erythematosus, der Seborrhoe und der Acne. Gemeinsam allen

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro. 5. XLV. Jahrgang. Mai. 1905.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Ueber den derzeitigen Stand der Vererbungslehre in der Biologie und Pathologie. — Zur therapeutischen Anwendung des Nitroglycerins. Weiteres über Eumydrin. Ueber Wismuthvergiftung.— Ueber die Kunst richtig zu essen. Gujasanol gegen Oxyuris vermicularis. — Ueber Spiralbrüche an den langen Röhrenknochen der untoren Extremitäten. Ueber die Behandlung des eingewachsenen Nagels. Ueber die Erkrankungen der Keilbeinhöhlen. Die Prophylaxe des Ohres bei den akuten Infectionskrankheiten. Zinkum sulfuricum oder Silbersalze bei der Gonorrhöebehandlung? — Zur Pathologie und Therapie der Salpingitis chronica. — Fleischkonservierung.

Ueber den derzeitigen Stand der Vererbungslehre in der Biologie.

Von Prof. Dr. H. E. Ziegler in Jena.

Nach einem auf dem 22. Kongreß für innere Medizin in Wiesbaden gehaltenen Vortrage.

Die großen Fortschritte, welche die biologische Vererbungslehre in den letzten Jahrzehnten gemacht hat, beruhen zum Teil darauf, daß der Begriff der Vererbung unter dem Einflusse der Theorien von Weißmann genauer bestimmt und schärfer begrenzt worden ist, andererseits darauf, daß man zu einer besseren Kenntnis der Vorgänge bei der Reifung der Eizellen und Samenzellen gelangt ist und in Folge dessen die biologische Bedeutung des Befruchtungsvorgangs bestimmter erkennen konnte. Jedenfalls müssen zwei Vorgänge von der echten Vererbung getrennt werden, welche früher oft damit vermengt wurden, nämlich erstens der Uebergang von Krankheitserregern, z. B. Bakterien aus dem elterlichen Individuum in die Keimzellen oder in den Embryo und zweitens die Schädigung der Keimzellen durch Gifte oder normale Stoffwechselprodukte, wenn der elterliche Organismus mit solchen belastet ist. — Ferner ist die Vererbung bei den niedersten Organismen (Protisten) ein anderer Prozeß als bei den höheren Organismen (Tieren und Pflanzen); denn bei den ersteren beruht die Fortpflanzung wesentlich auf der einfachen Zellteilung, während bei den höheren Organismen besondere Zellen, die Eizellen und Samenzellen, zur Bildung der neuen Individuen bestimmt sind, so daß also die Vererbung nur durch diese Zellen geschieht. Die

Digitized by Google

wesentlichen Eigenschaften dieser Zellen sind bei Tieren und Pflanzen merkwürdig ähnlich, und das Folgende gilt für Tiere und Pflanzen und offenbar auch für den Menschen. Die Kerne dieser Zellen enthalten, wie alle Zellkerne sog. Chromosomen d. h. es treten bei der Kernteilung färbbare Gebilde in bestimmter Form und in bestimmter Zahl auf, welche für die Vererbung von der größten Wichtigkeit sind. Die reife Eizelle besitzt ebensoviele Chromosomen wie die Samenzelle, und daraus erklärt sich daß die Mutter denselben Einfluß in der Vererbung hat wie der Vater. Die Zelle, aus welcher der entstehende Organismus hervorgeht (die befruchtete Eizelle), hat also die Hälfte ihrer Chromosomen vom Vater erhalten die Hälfte von der Mutter, und diese Eigenschaft überträgt sich bei der Zellteilung auf die weiterhin entstehenden Zellen, so daß für alle Zellen des Organismus in dieser Hinsicht dasselbe gilt, wie für die befruchtete Eizelle Die Zusammenmischung der väterlichen und mütterlichen Chromosomen übt also ihre Wirkung auf den ganzen entstehenden Organismus aus, und damit hängt die Mischung der Eigenschaften zusammen, welche von väterlicher und mütterlicher Seite auf den Organismus übergehen. Die Wirkung dieser Mischung (Amphimixis) läßt sich am genauesten dann beobachten, wenn zwei verschiedene Tierarten oder verschiedene Varietäten derselben Art gekreuzt werden. Die Nachkommen zeigen meistens eine Mischung der Eigenschaften der Eltern, allein zuweilen beobachtet man einen Rückschlag auf einen Großvater oder eine Großmutter (Atavismus) oder sogar einen Rückschlag auf eine ältere Stammform. Besondere Wichtigkeit wird neuerdings dem Mendelschen Gesetz beigelegt, welches eine bestimmte Art des Rückschlags betrifft Wenn man nach einer Erklärung dieser Vererbungsvorgänge sucht, muß man zunächst auf das Verhalten der Chromosomen genauer achten und die eigentümlichen Vorgänge bei der Reifung der Eizellen und der Samenzellen inbetracht ziehen. Wie die Eizelle bei ihrer Reifung die sog. Richtungskörperchen oder Polzellen bildet und so gewissermaßen vier Zellen (drei ganz kleine und eine große) aus der Eizelle hervorgehen, so werden aus jeder Samenmutterzelle vier Samenzellen gebildet. Das Verhalten der Chromosomen ist in beiden Fällen dasselbe: Es werden sog. Vierergruppen gebildet, welche aus vier kugelförmigen oder bandförmigen Stücken bestehen. Von diesen vier Stücken stammen zwei von väterlicher Seite her, zwei von mütterlicher. In die reife Eizelle oder in eine Samenzelle gelangt jeweils ein Stück, ein Viertel aus jeder Vierergruppe (Reduktionsvorgang). Es ist bei jeder Vierergruppe eine Sache des Zufalls, welches Viertel dazu gewählt wird. Die Keimzellen (Eizellen oder

Digitized by Google

Samenzellen) eines Individuums können also verschiedenartig sein, indem die eine mehr väterliche, die andere mehr mütterliche Chromosomen enthalten kann (wobei die Gesamtzahl der Chromosomen in allen dieselbe ist, wie schon oben gesagt wurde). Da nun bei der Eizeugung jedes neuen Individuums jedesmal eine andere Kombination zur Verwendung kommt, so erklärt sich die Verschiedenartigkeit der Kinder derselben Eltern. Sind in einer der Keimzellen die väterlichen oder mütterlichen Chromosomen stark vorherrschend gewesen, so wird daraus der Rückschlag auf den Großvater oder die Großmutter begreiflich. — Die Konstitution eines Menschen und die damit zusammenhängende Disposition zu irgend einer Krankheit ist von den Vorfahren ererbt. Auch hier spielt die Vermischung der väterlichen und mütterlichen Anlagen die größte Rolle und kommt oft auch Rückschlag auf Großeltern vor. Alle Anlagen des Körpers und des Geistes sind von der Vererbung abhängig, welche die Macht eines Naturgesetzes hat.

Ueber die Bedeutung der Vererbung und der Disposition in der Pathologie mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose.

Von Prof. Martius (Rostock).

Einleitend weist Vortr. auf die zahlreichen Widersprüche hin, welche in der Litteratur über den Begriff der Vererbung und die Bewertung desselben für die Pathogenese herrschten. Insbesondere werden die Begriffe Disposition und Vererbung noch immer häufig verwechselt. Insbesondere macht sich das in der Lehre von der Uebertragung der Tuberkulose geltend, in der die kongenitalen Fälle der extrauterinen Infektion gegenübergestellt zu werden pflegen. In seinem soeben erschienenen Buche „Die Anlage zur Tuberkulose“ hat R. Schlüter auf M.'s Veranlassung alles zusammengestellt und kritisch verarbeitet, was sowohl aus der menschlichen Pathologie wie vom Tierexperiment her über die placentare Uebertragung einerseits, über die primäre, tuberculöse Infection des Ovulums und die germinative Uebertragung des Bacillus von Seiten des Vaters andererseits an brauchbaren Beobachtungen und Tatsachen bekannt ist. Die Ausbeute ist recht dürftig. Alles in allem fanden sich etwa 12 sicher constatierte Fälle von angeborener Tuberculose beim Menschen, etwa 70 beim Tier. Dabei erweist sich die Placenta als der fast allein vorkommende Weg der prägenitalen Uebertragung. Die primäre Infection des Ovulums und die germinative Uebertragung des Bacillus vom Vater her sind grosse Seltenheiten. Die fötale tuberculöse Infektion kommt

Digitized by Google

doch nicht so oft vor, dass sie etwa als ein ausschlaggebendes ätiologisches Moment für diese so kolossal verbreitete Krankheit angesehen werden könnte. Praktisch, d. h. für die Bekämpfung der Tuberkulose und die Massregeln zur Verhütung dieser schlimmen Seuche, kommt sie kaum in Betracht.

Als ererbt versteht die Biologie nur solche Eigenschaften, die als Anlagen im Keimplasma der elterlichen Geschlechtszellen enthalten waren. Angeboren ist dagegen alles, was zur Zeit der Geburt im Individuum vorhanden ist. Intrauterine Erwerbungen sind post partum als angeboren zu bezeichnen, nicht als ererbt. Demgemäß kann man wohl von congenitaler, aber nicht von hereditärer Syphilis sprechen, weil der Keim von der Mutter auf den Embryo durch das Placentarblut übertragen wird. Die Erbmasse eines Individuums setzt sich zu gleichen Teilen aus den „Determinanten" (Weismann) der beiden Geschlechtszellen zusammen, die zu einem festen Kern verschmelzen. Angeerbt ist nur das, was aus diesen Determinanten stammt. Deshalb kann es überhaupt keine hereditären Krankheiten geben. Auch die Hämophilie, deren Beispiel man gegen eine solche Behauptung geltend machen könnte, ist keine hereditäre Krankheit, sondern nur eine Krankheitsanlage, die erst durch eine Causa externa zur Krankheit wird. Krankheitsanlagen können durch die Determinanten in den Keimzellen erblich übertragen werden. So sehr diese Tatsache sichergestellt wird, so wird andererseits noch lebhaft um die Frage gestritten, ob individuell erworbene Krankheitsanlagen erblich auf die Descendenz weiter übertragen werden können. Hier stehen sich die Gegensätze zwischen Weismann, der die Continuität des Keimplasmas betont, und die Anhänger des Lamarckismus unvermittelt gegenüber. Das liegt grösstenteils daran, dass fortwährend phylogenetische mit ontogenetischen Gründen verwechselt werden. Ohne auf die Entwicklungsfrage im allgemeinen einzugehen muß jedenfalls für die Krankheitsentstehung bei dem artfest gewordenen Menschen die Vererbbarkeit erworbener krankhafter Eigenschaften unbedingt verneint werden. Vortr. beweist das an drei Tatsachenreihen aus der experimentellen Pathologie: 1. Die Vererbung von äusserlichen Verletzungen, Verstümmelungen, Defekten u. dgl., z. B. die hereditäre Schwanzlosigkeit von Hunden und Katzen. 2. Die direkte erbliche Uebertragung experimentell beim Tier erzeugter Nervenkrankheiten, z. B. Brown Sequard-Westphal-Obersteiner'sche Meerschweinchenepilepsie.

3. Die erbliche Uebertragung individuell erworbener Immunität gegen Krankheiten und Gifte auf die Nachkommenschaft in den bekannten Ricin- und Abrinversuchen

Digitized by Google

Ehrlichs. Gerade die dritte Reihe erwies sich, obwohl sie anfangs gegen die Weismann'sche Theorie zu sprechen schien, als treffendes Argument gegen den Neolamarckismus, indem sich herausstellte, daß es sich stets um eine intrauterine passive Immunisierung handelte. Es ist bisher also in keiner Weise erwiesen, dass die Körperzellen, das Soma der Biologen, durch äußere Einflüsse vererbbaren Veränderungen unterworfen werden können. Wohl aber kann das Keimplasma direkt geschädigt werden durch gewisse exogene Schädlichkeiten, wozu in erster Reihe der Alkohol gehört, der nach längst festgestellter Erfahrung rassenverschlechternd auf die Nachkommenschaft wirkt (Demme, Ford u. a.) Aber die direkte toxische Keimschädigung hat ebensowenig wie die intrauterine Infektion mit dem eigentlichen Vererbungsakte im biologischen Sinne etwas zu tun. Nichtsdestoweniger bietet sie für die Bestrebungen der Rassenhygiene einen sehr wichtigen Anhaltspunkt dar. Das Standesamt der Zukunft, das die Ehekandidaten nicht nur juristisch oder sozial, sondern auch biologisch und ärztlich auf ihre Zulässigkeit zum legitimen Zeugungsgeschäft zu prüfen hat, wird gar keine Schwierigkeit darin finden, ungeheilten Syphilitikern und unheilbaren Säufern, vielleicht auch manifest Tuberkulösen den Konsens zu verweigern.

Die Krankheitsdeterminanten, die jeder Einzelne von uns in wechselnder Zahl, Art und Kombination aufweist, stammen, wie alle seine Determinanten überhaupt, aus einer ihm individuell zugehörigen Ahnenmasse. Was in dieser nicht vorgebildet ist, das bringt kein äußerer Einfluß mehr in das nach der Kernverschmelzung gegebene und festumgrenzte individuelle Keimplasma hinein. Wie erfahren wir nun aber im Einzelfalle, aus welcher Kombination von Determinanten ein krankhaftes Individuum entstanden ist? Die latente Vererbung spielt in der Pathologie eine viel größere Rolle, als gewöhnlich angenommen wird. Wenn jemand rot-grünblind geboren ist, so fehlt die entsprechende Determinante in seinem Ahnenkeimplasma sicher nicht, auch wenn die Eltern von diesen Anomalien frei sind. Nur ist es bei der Unsicherheit unserer genealogischen Familienkenntnisse auch nur über die nächsten Generationen hinaus meist sehr schwer im Einzelfalle den Nachweis zu führen, bei welchem der zahllosen Ahnen die entsprechende Determinante zur Entwicklung gekommen ist. Nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit können wir sagen daß jemand, der selbst Bluter, aus einer ausgesprochenen Bluterfamilie stammt, sehr große Chancen hat, hämophile Kinder zu erzeugen, aber im voraus nie wissen kann, wie viele und welche seiner Kinder beziehungsweise Enkel Bluter sein werden. Und umgekehrt wird die Wahrscheinlichkeit, seine

Digitized by Google

Kinder mit dem komplizierten Determinantenkomplex auszustatten, den wir „ausgesprochene phthisische Anlage“ nennen, für ein Elternpaar um so geringer, je weniger Phthise in der beiderseitigen Ahnenmasse aufzufinden ist. Dabei ist aber keineswegs gesagt, daß aus einer tuberkulös stark belasteten Ahnenmasse im Einzelfalle nicht durch zufällig besonders glückliche Reduktionsteilung und Amphimixis ein besonders widerstandsfähiges Individuum hervorgehen kann und umgekehrt. Wer Pech hat, erwischte bei der Kernverschmelzung, aus der er hervorging, selbst die einzige schwarze Kugel (d. h. Krankheitsdeterminante), die in seiner Ahnenmasse steckte, während ein anderer, ein bene natus, fast nur aus weißen Kugeln entstand, obgleich es an massenhaften schwarzen in seiner Ahnenmasse keineswegs fehlte.

Die modernen Rasseverbesserer berufen sich immer auf die Erfolge der Tierzüchter. Das sind aber meist nur einseitige Eigentümlichkeiten der Variation, die keine Verbesserung der Rasse darstellen, vielleicht sogar zuweilen eher das Gegenteil. Nach der Analogie des Tierexperimentes könnte man auch beim Menschen bei geschicktester Auswahl der Ehekandidaten immer nur einige besondere individuelle Eigenschaften generell züchten. Aber die Rassenverbesserer denken ja auch weniger an die künstliche Züchtung solcher einseitigen Anlagen als an die Verhütung der Vererbung krankhafter Anlagen. In dieser Hinsicht aber besorgt die Natur die Auslese viel sorgfältiger und erfolgreicher, als es je der hygienische Standesbeamte der Zukunft vermöchte: im Kampfe um's Dasein gehen ganze Familien zu Grunde, sterben aus, wenn die vererbte Gesamtkonstitution durch Kumulation der Krankheitsanlagen, durch Inzucht u. dgl. immer mehr heruntergeht, gegen die Schädlichkeiten des Außenlebens sich nicht mehr genügend widerstandsfähig erweist. Will jemand als Ehestifter Vorsehung spielen, so sorge er dafür, daß möglichst gute Gesamtkonstitutionen sich paaren. Das ist das oberste Gesetz. Zweitens aber ist darauf zu sehen, daß, wenn spezifische Krankheitsdeterminanten gehäuft in der Ahnenmasse des einen Teiles vorhanden sind, dieselben in der Ahnenmasse des anderen Teiles, wenn nun doch einmal geheiratet werden soll, fehlen. Dabei ist noch einmal zu betonen, daß es biologisch keinen Sinn hat, wenn man jemanden rät, er solle nicht in eine Schwindsuchtsfamilie hineinheiraten. Wenn er selbst über das gewöhnliche Maß hinaus mit dem komplizierten Determinantenkomplex erblich belastet ist, den wir Schwindsuchtsanlage nennen, so soll er sich eine Gefährtin suchen, in deren Ahnenmasse geneologisch nachweisbar möglichst wenig Phthise vorkommt.

(Aus d. Verhandl. d. 22 Kongr. für innere Medizin.)

Digitized by Google

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Zur therapeutischen Anwendung des Nitroglyzerins. Von C. Binz in Bonn. Ueber die Wirkung und Anwendungsweise des fälschlich Nitroglyzerin genannten Glyzerintrinitrit herrschen in der Literatur widersprechende Anschauungen. Roßbach sieht im Nitroglyzerin ein vorzügliches Mittel, welches speziell bei Schrumpfniere durch Herabsetzung des Blutdruckes nur gute Folgen erzeugt Nothnagel gibt das Nitroglyzerin bei Angina pectoris und speziell bei Arteriosklerose und findet oft geradezu überraschende Erfolge. Nach Curschmann ist das Nitroglyzerin von ganz entschiedener palliativer Wirkung. Trotzdem auch andere Autoren günstige Wirkungen nach Anwendung dieses Präparats beobachtet hatten, scheuen doch viele vor diesem Mittel zurük, hauptsächlich aus Besorgnis vor der Giftigkeit des Präparats. Ferner ist dasselbe oft wirkungslos infolge der ungeeigneten Form, in der es besonders in Deutschland zur Anwendung kommt.

Um den Widerstreit der Meinungen zu lösen, hat B. eine Reihe von Tierversuchen angestellt kommt zu folgenden Schlüssen:

Grund der Mißerfolge des Nitroglyzerins am Kranken ist die ungeeignete feste Form der Anwendung. Die Unzulänglichkeit der käuflichen Pastillen ergab sich aus direkter chemischer Untersuchung. B. benützte dazu zwei Proben, die er beide aus zwei verschiedenen Quellen bezogen hatte. Die einen sollten im Stück 0,001 g, die anderen 0,0005 g Nitroglyzerin enthalten. Während in den ersteren das Nitroglyzerin vollständig fehlte, fanden sich in den letzteren nur Spuren des Präparats. Aus diesem Grunde empfiehlt B. das Nitroglyzerin nur in Lösung zu verschreiben.

Nitroglyzerin in Alkohol gelöst ist für längere Zeit haltbar; B. empfiehlt folgende Formel:

Rp. Nitroglyzerin 0,50
Alcohol. absol. 12,0
Solve. D. in vitro patent. fusco.
S. Täglich ein Tropfen auf Zucker zu nehmen.

Ein Tropfen dieser Lösung enthält an Nitroglyzerin ungefähr 0,001 g.

Wem 0,001 g als Einzelgabe zu hoch ist, der lasse sich seine Nitroglyzerinlösung 1%ig statt 4%ig anfertigen, etwa 0,20 g auf 19.8 g absoluten Alkohol. Der Tropfen enthält dann ¼ mg, was auch dem Vorsichtigsten genügen dürfte.

Nitroglyzerin in absolutem Alkohol gelöst explodiert nicht.

Digitized by Google

Sämtliche Pastillenformen des Nitroglyzerins müssen aus dem Gebrauche verschwinden.

In seiner arterienerweiternden Wirkung ist das Nitroglyzerin dem Amylnitrit und dem Natriumnitrit sehr ähnlich, es vermag daher die beiden Nitrite zu ersetzen und tut das vorteilhaft, wenn die Therapie eine länger dauernde Wirkung erzielen will. — (Die Therapie d. Gegenw., H. 2. 1905.)

Ueber Eumydrin. Das Eumydrin*) zeigt nach den Untersuchungen von Willy Erbe (Inaug.-Diss., München 1903) in seiner Verwendung für die interne Therapie günstige Resultate. da sich die Angaben der pharmakologischen Prüfung, wonach der Hauptvorteil des Mittels bei interner Darreichung in dem vollkommenen Fehlen der Wirkungen auf das Zentralnervensystem liegen soll, bestätigen. Das Eumydrin wurde intern angewandt gegen eines der quälendsten Symptome, die der Verlauf einer chronischen Phthise mit sich bringt, gegen die Nachtschweiße.

Die verabreichten Pillen wurden mit einer Dosis von 0,001 g hergestellt und gegen 6 Uhr abends gegeben.

Die Schlußfolgerung aus seinen klinischen Beobachtungen ergibt vor allem, daß das Mittel in jedem Falle auch von äußerst reduzierten Phthisikern mit schlechtem Magen und darniederliegender Verdauung ohne jede Ausnahme gut vertragen wurde; es wurden selbst bis zu vier Pillen anstandslos vertragen und es traten dabei nicht die unerwünschten Nebenwirkungen des Atropinsulfats auf, die in Mattigkeit, Aufregung, Unruhe, hastigen Bewegungen, Trockenheit im Halse bestehen. Bei den größten Gaben des Mittels, und das ist ein Hauptvorzug, wurden derartige Zustände auch nicht einmal andeutungsweise beobachtet und verdient somit das Präparat vor dem Atropinsulfat in dieser Beziehung den Vorzug. Eine geringe Steigerung der Pulsfrequenz wurde fast stets beobachtet, aber nie in einem solchen Maße, daß subjektive Klagen über Herzklopfen geäußert worden wären, die Steigerung der Pulszahl hielt sich auch bei großen Gaben in mäßigen Grenzen. Aber ebenso wie beim Atropinsulfat macht sich auch beim Eumydrin eine gewisse Unsicherheit in dem Eintritt der Wirkung geltend, bei dem einen Patienten schlägt das Mittel schon in geringen Dosen gut an, und es läßt sich eine ganze Zeit lang zur therapeutischen Bekämpfung der lästigen Nachtschweiße verwerten, bei anderen dagegen sind kleine Gaben vollständig wirkungslos und auch größere vermögen ihre sekretionsbeschränkende Wirkung nur schwach aber nicht prompt und sicher auszuführen, so daß das Eumydrin, mit allen anderen, gegen die Nachtschweiße der Phthisiker empfohlenen Mitteln, das Schick-

*) cf. „Der Prakt. Arzt" 1904 S. 23. Die tertiäre Base des Atropins.

Digitized by Google

sal einer gewissen Unverläßlichkeit teilt, dagegen den großen Vorzug einer guten Verträglichkeit und eines Freiseins von unbeabsichtigten Nebenwirkungen hat, von welchem Standpunkt aus es unbedingt notwendig zum therapeutischen Gebrauch empfohlen werden kann. Mit Aspirin zusammengegeben, um einerseits die schon primär bestehende und durch das Einnehmen von Aspirin noch gesteigerten Schweiße zu unterdrücken, anderseits um die temperaturherabsetzende Wirkung des Aspirins ohne den lästigen, häufig folgenden Schweißausbruch sich zunutze zu machen, erwies sich das Eumydrin ebenfalls unsicher, wenn auch entschieden wirksam.

Zusammenfassend kann sich E dahin entscheiden, daß das Eumydrin wegen seiner guten Verträglichkeit und seines Freiseins von Zentralnervensystemerscheinungen den Vorzug vor dem Atropin verdient bei der Behandlung der Nachtschweiße der Phthisiker, obwohl es nicht sicherer, aber auch nicht unsicherer in seiner Wirkung ist, und daß es bei der Aspirindarreichung wegen seiner vollkommenen Unschädlichkeit bis zu Gaben von 0.004 und höher bei Eintreten von Schweißen sehr gut mit diesem kombiniert, gegeben werden kann. —

Dr. S. Jonas untersuchte die Wirkung des Atropinderivates Eumydrin auf die Nachtschweiße der Phthisiker. (IV. med. Abteilung des k. k. allg. Krankenhauses in Wien.)

Es erzielte damit bei der großen Mehrzahl der Fälle (83,3 %) Besserung oder selbst Aufhören der Schweiße bei fortgesetzter Darreichung von 1—2 mg. In seltenen Fällen blieben sie für kurze Zeit aus, auch wenn das Mittel weggelassen wurde. Vollständig waren sie nicht zu vertreiben. Auch wenn das Mittel während des Schweißes selbst gegeben wurde, konnte keine Wirksamkeit desselben festgestellt werden. Von Nebenwirkungen trat nach längerem Gebrauch, besonders größerer Dosen, in sehr vereinzelten Fällen Trockenheit im Schlund auf, die nach kurzem Aussetzen des Mittels verschwand. Trotzdem bis zu Dosen von 3 mg. gestiegen wurde, war dies die einzige beobachtete Nebenwirkung. Das Eumydrin erweist sich demnach bei den Nachtschweißen der Phthisiker in den Gaben von 1—2 mg, längere Zeit hindurch abends genommen, als ein gutes, schweißverhinderndes Mittel, das leicht vertragen wird und in dieser Dosis in der Regel keine unangenehmen Nebenwirkungen macht. — (Wien. klin. Rundschau No. 4. 1905.)

Die Wirkung des Eumydrins bei Darmparalyse, Darmstenose, Appendizitis und Gallengangskoliken studierte Hagen (Die Heilkunde, No. 2, 1905) in einer Reihe von Fällen, von denen keiner ein erfolgloses Resultaf zeigte. Die

Digitized by Google

Vorzüge des Eumydrins stellen seinen therapeutischen Wert nach der Erfahrung Hagens zweifellos über den des Atropins und geben „selbst dem zaghaften Arzte ein Mittel in die Hand, dessen er sich bei entsprechenden Erkrankungen des Magendarmkanals sorglos und zuversichtlich bedienen darf".

Ueber Wismuthvergiftung. Von Dr. W. Mahne, 1. Assistenzarzt am St. Vincenz-Hospital zu Köln a. Rh. (Berliner klin. Wochenschr., 1905, No. 9.) Das Magisterium Bismuti ist trotz mehrfacher Warnungen Einzelner noch bis in die neuere Zeit hinein vielfach für eine unschädliche Substanz gehalten worden. Die beobachteten unangenehmen Nebenwirkungen hat man geglaubt auf eine Unreinheit des Präparates, insbesondere Arsen- und Bleigehalt schieben zu müssen Abgesehen davon, daß die in den verunreinigten Wismuthpräparaten nachgewiesenen Mengen von Arsen und Blei zu gering sind, als daß sie Störungen der Gesundheit hervorrufen könnten, ist durch mehrfache Erfahrungen festgestellt, daß das Bismut. subn. sowohl nach innerlicher als nach äußerlicher Anwendung Vergiftungserscheinungen hervorrufen kann, deren Symptome in leichteren Fällen in Stomatitis, in schwereren in Enteritis und Nephritis bestehen.

Die bis zum Jahre 1900 in der Litteratur erwähnten Fälle von Wismuthintoxication sind in einer Abhandlung von Dreesmann aus dem Jahre 1901 zusammengestellt worden. Gleichzeitig teilt er einen neuen selbst beobachteten Fall von Wismuthvergiftung mit. Eine Brandwunde 2. und 3. Grades am linken Unter- und Oberschenkel wurde 2mal täglich mit 10proc. Bismut. subnit. - Salbe verbunden. Etwa drei Wochen später zeigte sich im Urin schwarzes Sediment und nach weiteren drei Wochen trat eine starke Stomatitis unter Schmerzen und Schlingbeschwerden auf. Es bildete sich ein blauschwarzer Saum am Zahnfleischrande, an der Zunge und am weichen Gaumen. Da das benutzte Präparat sich frei von Verunreinigungen, insbesondere von Blei und Arsen erwies, mußten diese Symptome auf das Wismuth selbst zurückgeführt werden. Nach Ersatz der Wismuthsalbe durch Borsalbe trat baldige Besserung ein.

Im Jahre 1901 berichtete Mühlig noch über zwei Fälle von Wismuthvergiftung nach Application von Wismuth auf Brandwunden. Dieselbe äußerte sich durch Speichelfluß, Foetor ex ore, bläulich schwarze Verfärbung des Zahnfleisches, der Zunge und der Mundschleimhaut. Nach Aussetzen des Mittels und Auskratzen der Granulationen schwanden die Symptome. In beiden Fällen ergab die Untersuchung chemisch reines Wismuth.

M. berichtet nun über einen außerordentlich schweren

Digitized by Google

Fall von Wismuthvergiftung mit tötlichem Ausgange, den er im vergangenen Sommer zu beobachten Gelegenheit hatte.

Es handelte sich um eine 35jährige schwächliche Frau, welche am 25. VII. mit sehr ausgedehnten Verbrennungen 2. und 3. Grades an Brust, Rücken, beiden Armen und beiden Oberschenkeln in's Vincenz-Hospital eingeliefert wurde. Die Behandlung bestand in den ersten acht Tagen in Verbänden mit 10proc. Wismuthsalbe, welche 2 mal täglich angewandt wurden. sodann wegen starker Eiterung in solchen mit essigsaurer Tonerde, welche 3mal täglich erneuert wurden. Vom 15. VIII. an wurden die Wunden wieder mit Wismuthsalbe verbunden. Etwa drei Wochen später klagte Patientin über schlechten Geschmack im Munde und Schmerzhaftigkeit des Zahnfleisches; als nach weiteren acht Tagen ein braunschwarzer Saum am Zahnfleischrande, ferner schwarze Flecken an der Zunge und der Mundschleimhaut festgestellt wurden, wurde sofort die Anwendung der Wismuthsalbe sistiert und Borsalbe angewandt. Nach weiteren zwei Tagen traten Durchfälle ein. Die Untersuchung des Urins ergab Eiweiß; mikroskopisch viele Zylinder.

Am 25. IX. trat der Exitus letalis ein.

Bei der Autopsie fand sich die Schleimhaut des ganzen Colon schwarz verfärbt; am Ileum waren keine Abnormitäten. Die Nieren befanden sich im Zustande parenchymatöser Entzündung.

II. Medicin.

Ueber die Kunst richtig zu essen nach Prof. M. Einhorn. Wie alle Naturvorrichtungen gewährt auch das Essen, in richtiger Weise ausgeführt, dem Körper Befriedigung und Genuß. Zu diesem Behufe muß jedoch der Organismus durch vorherige Arbeit und darauffolgende Ruhe besonders vorbereitet sein. Wenn aber Arbeit notwendig ist, so darf dieselbe nicht zur Uebermüdung oder gar Erschöpfung führen, weil in diesem Zustand der Appetit in der Regel schwindet und die Verdauung eine träge wird. Mahlzeiten werden am besten in den Ruheperioden des Körpers aufgenommen. Die Zeit für die Nahrungsaufnahme soll nicht zu kurz beschnitten werden. Während des Essens sollte man weder an seine Beschäftigung, noch an ernste oder gar traurige Dinge denken. Das Essen bildet jetzt die Hauptarbeit und verdient volle Aufmerksamkeit. Angenehme Gesellschaft, leichte Gespräche, heitere Witze oder Anekdoten tragen zur Erhöhung des Genusses der Mahlzeit bei. Es ist allgemein bekannt, von welch mächtigem Einfluß die Gehirntätigkeit auf das Verdauungsgeschäft ist. Schwerer

Digitized by Google

Kummer raubt den Appetit und kann eventuell direkte Digestionsstörungen hervorrufen. Die Speisen sollen nicht nur schmackhaft sein, sondern auch in anziehender Weise auf den Tisch kommen. Beim Einnehmen der Mahlzeit gönne man sich genügend Zeit, um die Speisen gut durchzukauen. Dadurch werden nicht nur die gröberen Speisen verkleinert, sondern die Speichelsekretion mächtig angeregt, was für die Verdauung der Amylazeen von großer Bedeutung ist. Wasser sollte ein steter Begleiter jeder Mahlzeit sein. Nach dem Essen ruhe man sich wieder ein wenig aus, bevor man an seine Arbeit schreitet.

Tachyphagie oder „Zu schnelles Essen" ist ein weit verbreitetes Uebel. Die Speisen werden halb oder ungekaut verschluckt, und gelangen so, beinahe ohne Speichel und unzerkleinert in den Magen. Daß sich so manigfache Störungen des Magens und Darms oft entwickeln, ist ohne weiteres jedem erklärlich. Neben den rein mechanischen Nachteilen für eine richtige Verdauung hat aber das schnelle Essen noch weitere schädliche Folgen: 1. Die Aufnahme von zu großen Quantitäten in einer kurzen Zeit; 2. die Einverleibung zu heisser Speisen oder zu kalter Getränke. Unzweckmäßige Quantitäten und Temperatur der Speisen sind oft die direkte Ursache von Magenläsionen.

Mit Bradyphagie, „zu langsames Essen", kann man den Zustand bezeichnen, wo ein abnorm langsames Essen stattfindet, so daß dadurch der Körperökonomie Schaden erwächst. Gewisse Personen übertreiben das sonst zu empfehlende langsame Essen; jeder Bissen wird gekaut und wieder gekaut, und bevor er heruntergeschluckt wird, wird mit der Zunge sorgfältig geprüft, ob wirklich alles genügend zerkleinert ist. Es findet so gewöhnlich eine Verringerung der Nahrungsaufnahme statt. Es kommt vor, daß der Bissen unter Umständen im Schlunde oder im Oesophagus stecken bleibt und nicht weiter hinunter will. Es ist kein organisches Leiden, das diese Dysphagie verursacht, sondern lediglich die Aufregung und die Angst vor dem Essen. Mit der Zeit kann es zu einer chronischen Inanition kommen, welche die Patienten bedeutend herunterbringt.

Zur Bekämpfung dieser üblen Gewohnheiten muß der Arzt den Schnellesser auf die Folgen der Tachyphagie aufmerksam machen. Die Patienten müssen angehalten werden, sich mehr Zeit für ihre Mahlzeiten zu gönnen und ihre Speisen ordentlich zu zerkauen. Reicht gelegentlich die Zeit zu einer ordentlichen Mahlzeit nicht aus, so lasse man sie lieber ganz weg und genieße nur flüssige Kost. Gegen Bradyphagie muß energisch eingeschritten werden, um der Inanition vorzubeugen. Die betreffenden Personen müssen angehalten werden, schneller und mehr zu essen und zu

Digitized by Google

trinken; der einzelne Bissen darf nicht zu klein bemessen, werden, noch zu lange gekaut werden. Diese Patienten sollen am Gemeintisch essen und zur selben Zeit fertig werden, wie ihre Nachbarn. (Zeitschr. f. Diät und phys. Therap. VIII 1.)

Gegen **Oxyuris vermicularis** bewährte sich nach Dr. Rahn (Münch. med. Wchschr. 16/05) das **Gujasanol**, und seine Verwendung war sehr einfach und harmlos und die Wirkung war nachhaltig. Das Gujasanol ist das salzsaure Diäthylglykokoll-Guajakol und zeichnet sich durch seine außerordentlich leichte Löslichkeit, aber andererseits auch durch seinen stechenden Geruch und Geschmack aus, und doch ist es völlig harmlos für die Schleimhaut. In der Vernichtung des Oxyuris erschien das Gujasanol von fast spezifischer Wirkung, wenigstens wenn man die Umständlichkeit und teilweise auch Bedenklichkeit anderer örtlich zu Klysmen anzuwendender Mittel, wie z. B. Knoblauchdekokt, Sublimatklistier, Thymol und andere Zusätze, dagegen berücksichtigt. R. wandte auf die üblichen, periodischen Darminfuse das ungiftige und anscheinend energische Gujasanol an, und zwar in 4—5proz. Lösung bei Erwachsenen und in 2—3proz. Lösung bei Kindern und ging folgendermaßen damit vor: der Mastdarm wurde mit einer dünnen Seifenlösung mittels eines etwa 12—15 cm langen grauen Gummirohres aus einer Spülkanne gespült, und zwar mit 150 cm^3 bei Erwachsenen, mit der Hälfte bei Kindern; diese Lösung war lauwarm und verweilte nur ca. 1 Minute im Mastdarm. Gleich darauf wurde mit einer gleichen Menge (bezw. 75 cm^3) der obigen Gujasanollösung nachgespült und die Gujasanollösung mußte möglichst 3—5 Minuten in linker Seitenlage im Mastdarm zurückgehalten werden. Diese Prozedur wurde drei Abende hintereinander, wie üblich, in eben derselben Weise vorgenommen, ohne daß eine Belästigung oder Umständlichkeit zu bemerken gewesen wäre Die Methode war schon insofern sehr einfach, als er das Gujasanol gleich in gebrauchsfertiger Lösung verordnete:

Rp. Gujasanol 12,0 – 15,0
Aq. dest. ad. 450,0

D.S. In 3 Teilen an drei hintereinander folgenden Abenden zum Einlauf!

Bei Kindern kommt die Hälfte dieser Verordnungsweise in Frage. Die Seifenlösung kann man leicht in der häuslichen Bereitung herstellen, und zwar gleich auf drei Abende berechnet, indem man ein haselnußgroßes Stück Rasier- oder venetianische Seife in einer halben Weinflasche warmen Wassers durch Schütteln auflösen läßt.

Digitized by Google

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Ueber Spiralbrüche an den langen Röhrenknochen der unteren Extremitäten. Von M. von Brunn in Tübingen. Die Spiral- oder Torsionsbrüche der Röhrenknochen, insbesondere an den unteren Extremitäten, sind nicht im entferntesten so selten, wie man glaubte, als sie von v. Bruns im Jahre 1884 (von Bruns Beiträge, Bd. I) zum ersten mal als besondere Bruchform erwähnt wurden. Spiralbrüche kommen meist dadurch zustande, daß im Augenblick der heftigen Gewalteinwirkung auf die Extremität diese fixiert und der Rumpf um seine Längsachse herumgedreht, bezw. geschleudert wird. Das eingehende Studium und die genauere Kenntnis der Spiralfrakturen verdanken wir erst der Röntgenphotographie. In der v. Brunsschen Klinik in Tübingen wurden in 6,6 Jahren 140 Frakturen des Oberschenkels und 283 Unterschenkelbrüche beobachtet. Von den ersteren bestehen von 88 Fällen Röntgenaufnahmen, von den letzteren 195. Es wurden unter diesen 19 Spiralbrüche des Oberschenkels und 36 Torsionsfrakturen der Unterschenkelknochen festgestellt; unter den letzteren finden sich elf Spiralbrüche der Tibia zusammmen mit Spiralbruch der Fibula, neun Spiralbrüche der Tibia mit Biegungsbruch der Fibula, vier Spiralbrüche des Schienbeins mit unbekannter Bruchform des Wadenbeins; bei einem Fall von Spiralbruch der Fibula war ein Biegungsbruch der Tibia eingetreten, bei einem weiteren Torsionsbruch der Fibula eine Abrißfraktur der Tibia, allein spiralig gebrochen und in einem Falle die Fibula allein, mit Bänderzerreißung am Sprunggelenk.

Die Mehrzahl der Oberschenkelspiralbrüche wurde bei Kindern beobachtet, und zwar in 12 von den 19 Fällen; 15 betrafen das männliche, 4 das weibliche Geschlecht; zwei von den Erwachsenen waren Bauern, je einer Bürstenmacher, Holzhauer und Zimmermann.

Von den 36 Patienten mit Spiralfrakturen der Unterschenkelknochen waren 30 Patienten männlichen, 6 weiblichen Geschlechtes. Die Mehrheit der isolierten Tibiafrakturen betraf Kinder, männlich sechs von den neun Fällen; die einzige isolierte Spiralfraktur der Fibula dagegen wurde bei einem 62jährigen Manne beobachtet. Komplikationen waren selten, trotz der Spitzigkeit der Bruchstücke und der großen Länge der Bruchlinien. Am Oberschenkel waren zwei Spiralbrüche kompliziert, die gut heilten. Unter den Unterschenkelspiralbrüchen wurden vier beim Unfall erfolgte und drei sekundäre Perforationen der Weichteile beobachtet; von den primären Durchstechungen eiterte nur ein Fall bei einem 42jährigen Bauer: außerdem mußte bei dem isolierten Fibulabruch wegen, von der komplizierten

Digitized by Google

Bänderzerreißung ausgehender, Fußgelenkvereiterung die Amputation nach Gritti vorgenommen werden. Die sekundären Durchstechungen, die fast regelmäßig infiziert werden, lassen sich nur dann vermeiden, wenn man lange Zeit hindurch Extensionsverbände anwendet; weder Schienen noch exaktester Gipsverband vermögen die sekundäre Perforation zu verhindern. Die Prognose der Spiralfrakturen, die man früher irrtümlicherweise für schlechter gehalten hatte, als die der gewöhnlichen Brüche, ist im allgemeinen dieselbe wie bei anderen Frakturen. — (Beitr. zur klin. Chir., Bd. 44. H. 3.)

Die Behandlung des eingewachsenen Nagels. Von Dr. Max Cohn in Berlin. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.) Die zur Beseitigung des eingewachsenen Nagels angegebenen Methoden sind sehr zahlreich. Aber wie bei vielen anderen Krankheiten trifft es auch hier zu, daß die Menge der Verfahren, welche die Heilung bezwecken sollen, nicht der Sicherheit entspricht, mit der jede Methode dauernd zur Befreiung von dem Uebel führt.

Die pathologisch-anatomische Betrachtung des Leidens lehrt, daß die im Sprachgebrauch übliche Bezeichnung „eingewachsener Nagel oder Unguis incarnatus" eine falsche ist. Nicht der Nagel ist in das Fleisch hineingewachsen, sondern eine chronische Entzündung, die sich um den Nagel herum etabliert hat. ist es, welche zu einer Wucherung der den Nagel umgebenden Gewebe führt und die dem Patienten bei jedem Auftreten quälende Schmerzen verursacht. Schlecht sitzendes Schuhwerk und Infektion sind die veranlassenden Momente. Wir haben es also im Grunde mit einer chronischen Paronychie zu tun. Da am Fuße das kosmetische Resultat einerseits keine große Rolle spielt, andererseits das Leiden für viele Menschen eine der wichtigsten Funktionen zur Erwerbung des Lebensunterhalts, das Stehen und Gehen hemmt, so weist uns die kurze anatomische Betrachtung mit Nachdruck auf das Verfahren hin, das allein zur schnellen und dauernden Heilung führt. Wir müssen verhindern, daß der Nagel auf das sehr sensible, in Wucherung und Entzündung begriffene paronychale Gewebe drückt. Und das können wir nur dadurch, daß, wir den Nagel, wie sich die preußische Medizinaltaxe so schön ausdrückt, „ausrotten".

Wir gehen dabei folgendermaßen vor: Das Operationsfeld wird in peinlichster Weise gereinigt. Am besten wird die Vorbereitung mit mehreren warmen Seifenbädern des ganzen Fußes eingeleitet, wobei eine gründliche Entfernung des vorstehenden Nagelrandes und eine ausgiebige Säuberung der Nägel selbst ausgeführt wird. Nach der üblichen

Digitized by Google

Desinfektion mit Aether, Alkohol und Sublimat, ſchreitet man zur örtlichen Anästhesierung. Je aseptiſcher man dabei vorgeht, um so seltener erlebt man Nackenſchläge: eine Entzündung an der Punktionsstelle, die manchmal wochenlang Schmerzen bereitet, empfiehlt nicht gerade die Lokalanästhesie. Es stehen uns drei Methoden zur Verfügung: Die Lumbalanästhesie, die Oberstsche Methode und die Modifikation nach Braun (Kokain-Adrenalin.) Die Lumbalanästhesie, an deren Vereinfachung zur Zeit und wie es scheint, mit günstigstem Erfolge gearbeitet wird, ist in Anbetracht der technischen Fertigkeit, welche die Punktion erfordert, gegenwärtig nur für wenige Praktiker eine brauchbare Methode. Dagegen ist das Oberst'sche und das Braun'sche Verfahren für Operationen am Nagelbett bestens zu empfehlen.

Die Kokain-Adrenalin-Anästhesierung verdient entſchieden den Vorzug; sie ist sicher und man hat den Vorteil, daß die Blutung ohne Abschnürung des Gliedes eine sehr geringe ist. Auch fällt der Nachschmerz, der bei dem Oberst'ſchen Verfahren den Patienten manche qualvolle Stunde bereitet, fast ganz weg.

Nun zur Operation selbst! Der Patient liegt auf einem Tiſch resp. einem Sofa. In letzterem Falle wird der Fuß, an dem operiert werden soll, auf einem Stuhl gelagert, der mit einem sterilen Handtuch bedeckt ist. Der Operateur sitzt oder steht vor dem Patienten. Die gerade Schere wird flach unter das Nagelbett gestoßen und bis an das obere Ende des Nagels vorgeſchoben. Sodann wird die Scheere aufgestellt und der Nagel durchſchnitten. Eine Péanklemme faßt die Nagelhälften an der Schnittfläche und rollt sie nach außen auf. Nach dieser Prozedur wird die Matrix des Nagels, das Nagelbett mit einem Skalpell allseitig umſchnitten, wobei man sich mindestens 3 mm vom Falz entfernt zu halten hat. Der Schnitt wird soweit vertieft, daß man, von einer oberen Ecke anfangend, das ganze Nagelbett in einem Stück herauspräparieren kann. Man achte ja darauf, daß in den Ecken nichts zurückbleibt; denn sonst bildet sich mit unfehlbarer Sicherheit ein Rezidiv aus, das zu neuen Schmerzen und neuen Operationen Veranlassung gibt. Der Defekt, der durch die Operation entsteht, ist ein ziemlich bedeutender; die Nagelphalanx ist an ihrer Oberfläche fast bis auf den Knochen von Weichteilen entblößt. Und doch tritt die Ueberhäutung in kurzer Zeit ein. Die Wunde wird mit steriler Gaze austamponiert und trocken verbunden, der erste Verband sei fest und etwas umfangreich, da er sonst leicht durchblutet.

Die Nachbehandlung ist einfach Bettruhe ist unnötig. Dagegen empfiehlt es sich, den operierten Fuß auf einem

Digitized by Google

Sofa erhöht zu lagern und mit einem bequemen Filzschuh zu bekleiden. Der erste Verbandswechsel erfolgt, wenn die zweimal täglich vorzunehmende Temperaturmessung nach etwa 5 Tagen nicht Fieber ergibt. Da die Verbandstoffe infolge der Durchtränkung mit Blut und Sekret fest an der Wundfläche haften, so empfiehlt es sich, diese durch Aufträufeln von Wasserstoffsuperoxyd (3 Proz.) zu lockern: man kann auf diese Weise den Verbandwechsel schmerzlos und ohne jeden Blutverlust gestalten. Beim zweiten Verband wird nicht mehr tamponiert, sondern nur lose aufgelegt. 8 Tage nach der Operation beginnt man mit Bädern und Salbenverbänden. Nach 2—3 Wochen ist die Heilung vollendet.

Ist die Entzündung nur auf eine Hälfte des Nagelpfalzes beschränkt, so gestaltet sich die Operation entsprechend einfacher. Man exstirpiert dann nur auf der einen Seite das Nagelbett, nachdem man den zugehörigen Teil des Nagels extrahiert hat. Je nachdem der Entzündungsprozeß vorgeschritten ist, entfernt man weniger oder mehr als die Hälfte des Nagels.

Ueber Erkrankungen der Keilbeinhöhlen. Von Prof. Dr. Walb. (Nach einem in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn gehaltenen Vortrag.) Die Ansicht älterer Anatomen, daß die Keilbeinhöhle wegen ihrer versteckten Lage der Therapie nicht zugängig sei, ist durch die neuere Rhinologie glänzend widerlegt worden. Schaeffer war der erste, der erfolgreich die Krankheiten dieser Höhle behandelte. Er fand sofort zahlreiche Nachahmer, welche sich indeß meist, und mit Recht, auf die chronischen Fälle beschränkten, im Gegensatz zu Schaeffer, der auch die akuten Fälle operativ behandelte.

Auch er geht bei akuten Fällen nur konservativ vor, indem er besonders, und zwar frühzeitig, das von Hartmann angegebene Verfahren, mittels der Luftdusche die verklebten Ostien zu sprengen, anwendet.

Bei den chronischen Fällen gibt es mehrere Typen der Keilbeinerkrankung. Zunächst sind jene Formen von akuter infektiöser Rhinitis zu nennen, welche sehr häufig von vornherein sämtliche oder doch mehrere Nebenhöhlen mit befallen oder sehr bald mit krank machen. Hierin gehört auch die Influenza-Rhinitis. Werden diese Fälle chronisch, so treten meist hochgradige Veränderungen in der Schleimhaut der Nebenhöhlen auf, mächtige granulierende Verdickung oder sulzige Entartung, sehr häufig mit Bilduug von Schleimpolypen verbunden. Dieselben Polypen finden wir dann auch nachher in der Nase, meist um und an der mittleren Muschel. Letztere wird sehr häufig an ihrem vorderen Ende bulbös gefunden. Ueberall, wo sie Zellen enthällt, sind diese miterkrankt. Die Enden der Muscheln sind hypertrophisch etc.

Digitized by Google

Andauernde Kopfschmerzen, Schwindel, kopiöse, eitrige oder eitrig-schleimige Absonderung sind die Begleiterscheinungen dieser Krankheit. — Die Behandlung, die in der Eröffnung der Keilbeinhöhle und Auskratzen der in derselben enthaltenen entarteten Schleimhaut besteht, ist durch Verbesserung unseres Instrumentariums erleichtert worden. Die Höhle wird durch Entferung der mittleren Muschel zugängig gemacht. Zu verwerfen sind diejenigen Methoden, welche mit Erhaltung der Muschel die Eröffnung zu erreichen suchen, weil man dabei ohne Kontrolle durch das Auge arbeiten muß und besonders die Behandlung der geöffneten Höhle selbst nur ungenügend vornehmen kann.

Bei dieser Methode wird mit einem scharfen Löffel, den man zwischen mittlerer Muschel und Septum einführt, die vordere Wand der Keilbeinhöhle durchbrochen. Schaeffer ist es dabei nach seiner eigenen Angabe passiert, daß er gleich auch die hintere Wand durchbrochen hat und im Nasenrachenraum herausgekommen ist. Nur die totale Resektion der mittleren Muschel legt das Operationsgebiet frei. Dieselbe ist in zahlreichen Fällen so wie so nötig, da die mittlere Muschel, wie oben erwähnt, sehr häufig in allen Teilen krank ist. Meist sieht man dann nach Entfernung der mittleren Muschel, die häufig erst in mehreren Sitzungen gelingt, das Orificium frei liegen und kann dieses zum Eingehen in die Höhle benutzen. Noebel hat vor mehreren Jahren eine Stanze angegeben, mit der man die Eingangsöffnung erweitern und sukzessive die vordere Wand abtragen kann. In neuerer Zeit hat er ein neues Modell angegeben, welches viel brauchbarer ist. Mit demselben kann man durch bohrende Bewegungen die Eingangsöffnung erweitern und dann mit der Stanze die umgebende Knochenwand abtragen. Ist die Höhle sehr krank, so ist oft die vordere Knochenwand erweicht und läßt sich leicht mit einer Knochenzange fassen und wegnehmen. Sehr häufig findet man nach Entfernung der mittleren Muschel auf der Kleinbeinhöhlenwand Polypen und Polypenreste.

Der zweite Typus bildet die Ozaena. Unsere Anschauung der Ozaena hat in den letzten Jahren wesentliche Veränderungen respektive Erweiterungen erfahren. Grünwald hat zuerst mit Entschiedenheit und Konsequenz die Ansicht aufgestellt und verfochten, daß bei Ozaena es sich stets um Erkrankungen der Nebenhöhlen handle, und daß der Foetor von der Stagnation des Sekrets in diesen Höhlen stamme. Konsequenterweise besteht daher bei ihm die Behandlung in der Eröffnung der Nebenhöhlen, insbesondere Siebbeinhöhle und Keilbeinhöhle. Diese Anschauung ist in der Allgemeinheit und Deutung zweifellos falsch. Zahlreiche Fälle von Erkrankungen der Nebenhöhlen, die nachweisbar jahrelang bestanden haben, verlaufen ohne nachweisbaren Foetor,

Digitized by Google

obgleich das Sekret bei der Entleerung stark foetide gefunden wird. Subjektiv ist der Foetor in solchen Fällen meist vorhanden, d. h. er belästigt die Kranken selbst, er läßt sich am Taschentuch nachweisen etc. Dagegen fehlt er, in der eklatanten Weise, d. h. für den Beobachter. Die Anschauung von Grünwald hatte zunächst zur Folge, daß in zahlreichen Fällen von Ozaena die Nebenhöhlen geöffnet wurden, und dabei stellte sich nun allerdings heraus, daß sehr häufig kranke Nebenhöhlen gefunden wurden. Die richtige Deutung dieser Fälle besteht in der Auffassung, daß die Ozaena in die Nebenhöhlen hineingehen kann, was man allerdings bis dahin mit der Entschiedenheit nicht angenommen hatte. Immerhin bedeutete dies einen ungeheuren Fortschritt; denn es ist klar, daß jeder Fall von Ozaena, bei dem eine oder mehrere Höhlen krank sind, absolut jeder Behandlung trotzt, solange diese Höhlen nicht mit behandelt werden. Dabei ergibt sich nun meist ein erheblicher Unterschied im Verlauf. Oeffnen wir z. B. eine Oberkieferhöhle, die infolge von Caries dentis entstanden ist, so hört oft nach einer einmaligen Durchspülung, auch wenn diese höchst foetides Sekret zutage gefördert hat, der eitrige Ausfluß aus der Nase sofort auf. Bei Ozaena ist dies ganz anders. Da ändert meist die Eröffnung an dem Krankheitsbilde zunächst nichts Wesentliches. Die Krustenbildung in der Nase und der Foetor bleibt bestehen, und eine Heilung ist mit der Eröffnung durchaus nicht erzielt. So beobachtete W. in einem Falle von Ozaena, in dem eine (linke) Kieferhöhle mit erkrankt gefunden wurde (die rechte wurde gesund gefunden), eine Fortdauer der Ozaena während vier Jahre, und erst die permanente Behandlung während dieser Zeit brachte Heilung hervor. Auf der rechten Seite war gar keine Höhle erkrankt. Die linke Seite, wo die Kieferhöhle mit erkrankt war, war allerdings stets die schlimmere gewesen. Es ist nun klar, daß dieses Resultat nicht erzielt worden wäre, wenn die Erkrankung der Kieferhöhle nicht gefunden und ignoriert worden wäre. — Sind bei Ozaena nun die Keilbeinhöhlen erkrankt, so ist meist die Behandlung sehr erleichtert, indem die mit dieser Krankheit verbundene Atrophie die mittlere Muschel so zum Schwund gebracht haben kann, daß man einen großen Teil der vorderen Keilbeinwand oder sogar die Ostien freiliegen sieht Die Erweiterung der Eingangsöffnung hat dann weiter keine Schwierigkeiten. Da der Knochen bei Ozaena aktiv stets unbeteiligt ist so ist meist die vordere Wand hart und nur schwer abtragbar.

Die Erkrankungen der Keilbeinhöhlen können lebensgefährliche Konsequenzen haben. W. beobachtete einen letalen Ausgang in einem solchen Falle, der intra vitam nicht dia-

Digitized by Google

gnostiziert worden war. Es handelte sich um einen Patienten, der mit Symptomen von Gehirnhauterkrankung ins Hospital gebracht wurde und wo, da eine alte Mittelohreiterung vorlag, von dem behandelnden Ärzte an eine Komplikation im Anschluß an diese Erkrankung gedacht worden war Es stellte sich indeß heraus, daß die Erkrankung des Ohres gutartig war, weshalb von einem operativen Eingriff Abstand genommen wurde. Der Patient wurde sehr bald somnolent und starb. Bei der Sektion fand sich eine Eiterung der Keilbeinhöhle, welche durch die Sella turcika durchgebrochen war und eine eitrige basilare Meningitis hervorgerufen hatte.

Solche Fälle sind eine ernste Mahnung, noch mehr als bisher dieser Erkrankung eine erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken und über ihre Bedeutung die Betroffenen aufzuklären, damit sie sich der immerhin schmerzhaften und langwierigen Behandlung unterziehen.

Die Prophylaxe des Ohres bei den akuten Infektionskrankheiten. Von Prof. Dr. Ostmann (Marburg). (Münch. med. Wochenschrift, 1905, No. 15.) Wenn man gegen die so häufige Mitbeteiligung des Ohres bei den akuten Infektionskrankheiten, zumal des Kindesalters, prophylaktische Maßnahmen treffen will, muß man die Ursachen dieser häufigen Miterkrankung (meist handelt es sich um das Mittelohr) zu erforschen suchen. Alle akuten Infektionskrankheiten bedingen eine mehr oder weniger ausgesprochene Abmagerung; besonders das Fettgewebe schwindet. Daran ist nun auch das Fettpolster der Tuba Eustachii beteiligt, die Folge davon ist Erweiterung der Tube, welche allerdings bis zu einem gewissen Grade durch Schwellung der Tubenschleimhaut compensirt werden kann. Durch die Erweiterung der Tube wird das Eindringen von Krankheitserregern von der Nase und dem Rachen in das Mittelohr begünstigt. Das zweite Moment ist eben die Erkrankung der Nase und des Rachens, welche ja bei den meisten in Betracht kommenden Infektionskrankheiten (Masern, Scharlach, Diphtherie, Pneumonie, Influenza etc.) sich findet; mehr oder weniger ausgedehnte Katarrhe und Entzündungen der oberen Luftwege finden sich bei diesen Krankheiten wohl ohne Ausnahme oder schon bestehende chronische Katarrhe der Nase und des Rachens erleiden eine Verschlimmerung. Die Prophylaxe muß somit einmal darauf gerichtet sein, die Kinder frühzeitig daran zu gewöhnen, Nasen- und Rachenhöhle durch richtiges Schnauben und Spülen resp. Gurgeln zu säubern und so der Entstehung chronischer Katarrhe vorzubeugen; andererseits wenn das Kind von einer der oben erwähnten Infektionskrankheiten befallen ist und die Nase

Digitized by Google

durch Schleimhautfchwellung und Schleimansammlung behindert ist, die Nase durch einen Nasenspray, welcher eine Lösung von Cocain 0,1, Acid. boric. 4, Aq. destill. 20 0 zerstäubt, durchgängig zu machen. Bei hochgradiger Schwellung empfiehlt es sich, vor der Anwendung des Nasensprays die Nase durch Bestreichen der Schleimhaut der unteren Muſchel mit einigen Tropfen einer 2—5proc. Cocainlösung, der man 2—3 Tropfen Adenalinlösung hinzusetzt, zu erweitern. Von Bedeutung ist ferner eine möglichst sorgfältige Säuberung des Mundes, sowie des Mund- und Kehlkopfabfchnittes des Rachens. Tritt trotzdem eine Mittelohrentzündung ein, so muß man einerseits weiter für möglichste Säuberung von Nase und Rachen sorgen, andererseits sobald das Trommelfellbild Exsudatanhäufung im Mittelohr anzeigt, eine ausgiebige Paracentese machen und das eröffnete eiternde Mittelohr nach strengen antiseptifchen Grundsätzen behandeln. Nach Ablauf der Infektionskrankheit darf man erst dann, wenn Nase und Rachen gesundet sind und der gesamte Ernährungszustand sich wesentlich gehoben hat, die dem Ohr drohende Gefahr als beseitigt ansehen, bis dahin ist größte Vorsicht am Platze, vor allem muß man alles vermeiden, was den Druck im Nasenrachenraum gewaltsam erhöht.

Zinkum sulfuricum oder Silbersalze bei der Gonorrhöebehandlung? Von Dr. M. Juliusberg. Nachdem Neißer darauf hingewiesen hat, daß das Argentum nitricum, wie überhaupt die Silbersalze, zu den besten gonokokkentötenden Mitteln gehört, hat es trotz der vielen zum Ersatz empfohlenen Mittel seinen Platz in der Gonorrhöetherapie behauptet. In der Breslauer Klinik, in der gewöhnlich das Protargol für die Fälle von Gonorrhoea anterior bevorzugt wird, kommt das Argentum nitricum vorzugsweise zur Behandlung der Gonorrhoea posterior (mit Zuhilfenahme Guyonscher Instillationen in $^1/_4$proz. Lösung) in Anwendung.

Trotz aller Empfehlungen der Silbersalze und anderer gonokokkentötender Mittel spielen aber doch immer noch das alte Zincum sulfuricum und ähnliche Adstringentien eine große Rolle in der Therapie der Gonorrhöe. Dabei ist jedoch sicher festgestellt, daß fast immer die so bestehenden Erfolge der Zincum sulfuricum-Behandlung nur Scheinerfolge sind und daß mit dem Aussetzen der Behandlung sehr häufig das Leiden in wenigen Tagen rezidiviert. Die therapeutifch verwendbaren Zincum sulfuricum-Lösungen wirken weder entwicklungshemmend noch abtötend auf Gonokokken. — Um sich von neuem ein Urteil über den Wert des Zincum sulfuricum zu bilden, hat Juliusberg dasselbe neuerdings

Digitized by Google

bei einer größeren Anzahl von Tripperkranken versucht, und er ist dabei zu dem Resultate gelangt, daß der Gebrauch dieses alten Mittels bei Gonorrhöe durchaus nicht zu empfehlen ist. Wenn vielleicht auch Zincum sulfuricum zur Nachbehandlung des Katarrhs der Harnröhre nach vorausgegangener Behandlung mit einem gonokokkentötenden Mittel verwendbar ist, so ist es für das Anfangsstadium der Gonorrhöe durchaus unbrauchbar.

Den Praktikern darf immer noch am meisten die Protargolbehandlung empfohlen werden, und zwar in Form von Injektionen von ¼—½ Proz. Protargol (mit Zusatz von 3 Prozent Antipyrin) drei- bis viermal täglich, je 10—15 Minuten in der Harnröhre zu behalten. Die Protargollösungen müssen „frigide et recenter" hergestellt werden; die Injektionsspritzen müssen mindestens 15 ccm enthalten, und der Patient muß lernen, wirklich einzuspritzen und die Harnröhre zu füllen. (Münch. med. Wochenschrift 4, 1905.)

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Zur Pathologie und Therapie der Salpingitis chronica. Von Dr. A. Theilhaber. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1905 Nr. 2, 3.)

Unter den Ursachen der Tubenerkrankungen nimmt die Gonorrhoe weitaus die erste Stelle ein. Das häufigste Symptom der Salpingitis ist der Leibschmerz. Viele Salpingitiden verlaufen fast ganz ohne Symptome, u. zw. diejenigen, in denen das Peritoneum nicht oder nicht wesentlich ergriffen ist, ist dies jedoch der Fall, dann äußert sich der Leibschmerz in verschiedener Weise: Man findet

1. Das anfallsweise Auftreten der Peritonitis. In Zwischenräumen von mehreren Monaten oder gar Jahren erkrankt die Patientin mit Erbrechen, Fieber, Auftreibung des Leibes und macht den Eindruck einer sehr schwer Kranken.

Bei der Untersuchung findet man — auch wenn die Schmerzen schon verschwunden sind — die charakteristischen Säcke im Becken. T. hält das in Perioden auftretende Wachstum und die dadurch hervorgerufene Spannung für die Ursache der peritonitischen Anfälle.

2. Leichte peritonitische Schmerzen, bei denen die Patientin noch herumgehen kann; sie entstehen manchmal im Anschluß an die Menstruation, an Erkältungen, an Exzesse in venere, vergehen in wenigen Tagen, rezidivieren jedoch nach kurzer Zeit wieder.

3. Kolikschmerzen treten namentlich gern bei der Menstruation auf; Th. kann sich der neueren Erklärung, diese Ko-

Digitized by Google

likſchmerzen würden durch Kontraktionen der Tubenmuskulatur ausgelöst werden, nicht anſchließen, da bei derartigen Tuben der größte Teil der Muskulatur durch bindegewebige Schwarten ersetzt ist, meint vielmehr, daß es in diesen Fällen die physiologiſchen Kontraktionen der Uterusmuskulatur sind, durch die das entzündete Beckenperitoneum und auch die entzündete Uterusserosa gereizt wird.

4. Schmerzen, die durch die Bewegungen der Gedärme hervorgerufen werden; sie treten manchmal nach der Mahlzeit auf, namentlich dann, wenn auf den Därmen noch frischere entzündliche Produkte liegen.

5. Blasenſchmerzen; sie entstehen häufig durch Anteilnahme der Blase an der Beckenperitonitis oder durch Blasenkatarrh.

Andere Arten von Schmerzen bei Salpingitis sind die Kreuz- und Leibſchmerzen als Folge subakuter adhäsiver Peritonitis, ferner kann die Spannung, unter der sich der flüssige Inhalt der Tube befindet, Torsion der Tubensäcke, Koitus und andere Ursachen Schmerzen erzeugen.

Fieber entsteht beim Beginn mancher Salpingitis, dann wenn der Eiter unter hohem Druck steht und bei peritoniſchen Anfällen.

Menstruationsstörungen treten als Dysmennorrhoe auf, die von der entzündlichen Reizung des Peritoneum abhängig ist, und als Menorrhagien und Metrorrhagien. Gewöhnlich sind namentlich in der ersten Zeit des Bestehens der Tubenentzündungen länger (10—14 Tage) dauernde Blutungen vorhanden. T. meint, daß die starke Füllung der Gefäße des Uterus auf der einen Seite, auf der anderen Seite das mangelhafte Funktionieren der Muskulatur infolge des durch kollaterale Hyperämie bedingten intermuskulären Oedems die Ursache dieser Menorrhagien sei, bei denen man gewöhnlich den Uterus verdickt, etwas vergrößert und von ziemlich weicher Konsistenz findet.

Unter den anderen Begleitsymptomen der Salpingitis zählt T. auf: Blasenblutungen, Mastdarmkatarrh, Durchbruch in die benachbarten Organe, Fluor albus, Sterilität, Kachexie und Pyämie.

Die Behandlung der akuten Salpingitis erfordert Bettruhe, feuchtwarme Umſchläge, leichte Diät. Bei der chroniſchen Salpingitis wirken heiße Sitzbäder bis 43° C., Jodkaliglyzerintamponade vorzüglich. Die Heilung wird beträchtlich beſchleunigt durch Verordnung von klimatiſchen, hydrotherapeutiſchen und Badekuren. Heiße Vollbäder, heiße Solbäder mit starker Konzentration der Sole, ferner Moorbäder haben eine sehr günstige Wirkung auf die Resorption der Salpingitis.

Der operative Standpunkt T.'s ist: alle Tubensäcke, die

Digitized by Google

weniger als 9—12 Monate bestehen, konservativ zu behandeln, denn 1. tritt in der ersten Zeit häufig Spontanresorption ein, 2. ist der frische Eiter viel infektiöser als der alte, da die Bakterien in abgeschlossenen Säcken je nach einiger Zeit abzusterben pflegen. Zur Operation muß geraten werden, wenn nach langer erfolglos angewandter konservativer Behandlung eine Besserung der Salpingitis nicht eintritt und es sich um Frauen aus dem Arbeiterstande handelt. Was die Art der Operation anbelangt, so empfiehlt T. die Salpingostomie als sehr konservative, da nach einer solchen ja die Möglichkeit der Konzeption erhalten bleibt. Einigemal führte T. die abdominale Inzision des Tubensackes mit nachfolgender Drainage aus und zwar waren dies große einkammerige, Eiter enthaltende Tubensäcke, die T. auch von der Vagina aus mit gutem Erfolge anging. Der Radikaloperation in solchen Fällen spricht T. nicht das Wort, er beschränkt sich darauf, bei der Operation der Salpingitis die kranke Tube resp. bei beiderseitiger Erkrankung die beiden kranken Tuben zu entfernen und dabei die Ovarien oder mindestens ein Ovarium und den Uterus zurückzulassen.

Verschiedenes.

Fleischkonservierung, In neuerer Zeit wird zur Konservierung von Fleisch als Ersatz für das verbotene Formaldehyd „Hexamethylentetramin" unter dem Namen „Carin" angepriesen. Das kaiserliche Gesundheitsamt hat über die Zusammensetzung und Wirkung dieses Mittels ein Gutachten abgegeben. Hienach kann es keinem Zweifel unterliegen, daß die Wirkung dieses Mittels bei der Fleischkonservierung dem des Formaldehyd gleichsteht, und daß ferner durch Zusatz von Hexamethylentetramin zum Fleisch regelmäßig Formaldehyd entsteht. Es wird daher, wie die „Berl. Korr." androht, der Verwendung des erstgenannten Stoffes zur Fleischzubereitung mit den gesetzlichen Mitteln entgegengetreten und im Falle der Feststellung von Formaldehyd in Fleischwaren, gleichgiltig, ob dieser Stoff unmittelbar oder durch Vermittlung von Hexamethylentetramin in das Fleisch gelangt ist, auf Grund des Fleischbeschaugesetzes die strafrechtliche Verfolgung herbeigeführt werden. Ferner soll, soweit es sich um ausländisches Fleisch handelt, nach den einschlägigen Bundesratsbestimmungen verfahren werden.

Redakteur: Sanitätsrat Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro. 6. XLV. Jahrgang. Juni. 1905.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Bitte um Mithülfe bei der Bekämpfung des Gebärmutterkrebses. — Ueber Basedow'sche Krankheit; Originalartikel von Dr. V. Löwenthal in Frankfurt a. M. — Ueber Empyroform. — Ueber Cerebrospinalmeningitis epidemica. Einiges über die allgemeine Behandlung der Herzkrankheiten. Beobachtungen über Perityplitis. Die Haferkur bei Diabetes mellitus. — Ueber die Fußgeschwulst. Ueber die malignen Gesichtsfurunkel und deren Behandlung. — Zur Prophylaxe des Puerperalfiebers. Ueber exsudative Diathese. — Nutzen der Schutzpockenimpfung. Anzeige des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

Bitte um Mithülfe bei der Bekämpfung des Gebärmutterkrebses.

Sehr geehrter Herr Kollege!

Ihre tatkräftige Mithilfe erbittet die „Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie" zu Berlin, damit durch frühzeitige Erkennung des Gebärmutterkrebses die Zahl der Heilungen bei diesem Leiden erhöht wird.

Je eher der Krebs der Gebärmutter zur Operation gelangt, um so besser der Erfolg! Wenn auch die Operationsgrenze dadurch erweitert ist, daß außer dem Uterus noch die kranken Anhänge, das Beckenbindegewebe und die Beckendrüsen in vorgeschrittenen Fällen entfernt werden können, so besteht doch darüber kein Meinungsunterschied, daß die unmittelbaren Aussichten der Operation ebenso wie die Zahl der Dauerheilungen gründlich nur dadurch gebessert werden können, daß die Krebskranken früher zur Operation kommen. Leider sucht ein nicht geringer Teil der Frauen die erste Hilfe gegen ihr Leiden noch nicht beim Arzte, sondern bei der Hebamme oder bei Pfuschern, nicht wenige schleppen ihr Leiden hin, bis operative Hilfe aussichtslos erscheint. Doch haben Erhebungen, insbesondere von Prof. Winter-Königsberg, festgestellt, daß mehr als die Hälfte der krebskranken Frauen die Hilfe ihres Hausarztes zuerst aufsuchen. Jedenfalls steht dieser in den meisten Fällen vor der Aufgabe, die Kranke auf den rechten Weg zu weisen.

Digitized by Google

Den Hebammen wird die Gesellschaft durch ein besonderes Merkblatt in dringlicher Weise die Ermahnung zukommen lassen, daß sie jede Unterleibskranke, insbesondere solche mit krebsverdächtigen Symptomen unverzüglich zur ärztlichen Untersuchung zu bringen haben.

Der praktische Arzt weiß wohl, daß Gleichgültigkeit der Kranken gegen Blutungen und Ausfluß, solange keine Schmerzen vorhanden sind, ferner Furcht vor der Untersuchung oder vor einem Eingriffe die Ursachen der Verschleppung von Krebsfällen sind. Der Hausarzt als ständiger Berater der Familie kann hierin einen segensreichen Wandel schaffen, wenn er bei Krebsverdacht sofort mit aller Energie zu einer sicheren Diagnose zu kommen sucht und nicht wartet, bis zunehmende Blutungen, Schmerzen, Abmagerung und schlechtes Aussehen die Natur des Leidens beweisen. Dann ist es meist zur Heilung zu spät.

Es ist unzweifelhaft, daß durch Verordnen von Secale oder Hydrastis mancher Krebs verschleppt ist, zumal wenn die Blutungen daraufhin einige Zeit nachlassen.

Gerade der Gebärmutterkrebs macht sich meist früh bemerkbar.

Wenn unregelmäßige Blutungen, seien sie noch so gering, oder Blutungen nach dem Beischlaf oder blutig-wässeriger Ausfluß (Fleischwasser), oder Blutabgang in der Menopause, oder gar übelriechender Ausfluß und Schmerzen (nur bei vorgeschritteneren Fällen) vorhanden sind, so muß eine Untersuchung stattfinden, und zwar auch während der Blutung. Denn die Beendigung der Blutung abzuwarten, heißt kostbare Zeit verstreichen lassen. Wenn auch die genannten Symptome auf Grund anderer Leiden als Krebs gelegentlich vorhanden sein können, so ist doch solche Annahme nur statthaft, nachdem der Krebs ausgeschlossen ist Gerade, weil sehr oft der Krebs in den 40er und 50er Jahren auftritt, müssen sich Arzt und Patientin vor der Täuschung bewahren, die Blutung als Folge der Wechseljahre aufzufassen. Wird die Untersuchung verweigert, so ist auf die Möglichkeit bösartiger Erkrankung und ihre Folgen hinzuweisen und dann ohne Untersuchung jede Behandlung abzulehnen.

Der größte Teil der Gebärmutterkrebse nimmt bekanntlich seinen Ausgang von der Portio vaginalis und der Cervix, der kleinere von der Schleimhaut des Corpus uteri oder den hohen Cervixabschnitten. Verdächtig sind unregelmäßig geformte Erosionen am Muttermund, Blutung bei Berührung, harthöckerige Hervorragungen. Abbröckelnde Teilchen werden wohl immer krebsig sein. In zweifelhaften Fällen ist aus der verdächtigen Stelle ein Stückchen im Speculum mit ei-

Digitized by Google

nem spitzen Messer auszuschneiden (etwa ½—1 cm lang, ½ cm breit und ¼—½ cm tief). Bei hochsitzendem Cervixkrebs und Corpuskrebs, bei denen sich die Portio bekanntlich meist völlig gesund anfühlt, und der Cervikalkanal, zumal bei Klimakterischen, eng, der Uteruskörper meist nicht vergrößert ist, muß mittels der Kürette die Schleimhaut des Uteruskörpers und der Cervix abgeschabt werden. Alle Stückchen werden in ein Fläschchen mit Alkohol getan. Viele Mitglieder der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie haben sich bereit erklärt, die zugesandten Stückchen mikroskopisch zu untersuchen und den behandelnden Aerzten das Resultat mitzuteilen. Auch bei negativer Diagnose wird die Patientin dem Arzt für seine Mühe und Sorgfalt Dank wissen und sich freuen, daß eine Operation nicht notwendig ist.

Ist der Krebs durch die Untersuchung mit der Hand, dem Spiegel oder dem Mikroskop festgestellt, so wird der Arzt auf sofortige Operation dringen. Jeder Aufschub ist abzulehnen, denn der Krebs kann sich schnell weiter ausbreiten, Drüsenmetastasen machen und die Aussichten der Operation und der endgültigen Heilung verschlechtern.

Verdächtige Fälle zu beobachten, abwartend oder mit Aetzmitteln zu behandeln, ist falsch.

Die Patientin, die sich der Operation nicht unterziehen will, muß über den Ernst ihrer Erkrankung aufgeklärt werden.

Der Gebärmutterkrebs kann durch Operation dauernd geheilt werden. Je früher operiert wird, um so einfacher und leichter gestaltet sich der Eingriff. Bei frühzeitiger Operation ist die Sterblichkeit eine geringe, die Wahrscheinlichkeit einer Dauerheilung des Krebses eine verhältnismäßig größere, als wenn bei vorgeschrittenem Krebs operiert wird.

Ob ein Krebs inoperabel geworden ist, kann, abgesehen von ganz verlorenen Fällen, meist erst nach genauer Untersuchung in Narkose vom Operateur entschieden werden.

Wir geben uns der Hoffnung hin, daß mit fortschreitender Erkenntnis und mit der wachsenden Teilnahme der Aerzte die Zahl der mit Erfolg operierbaren Fälle steigen, der heute immer noch vorkommenden verschleppten Fälle sich vermindern wird. Einen Gebärmutterkrebs rechtzeitig entdeckt, zur Operation und dadurch zur dauernden Heilung gebracht zu haben, wird jeden Arzt mit größter Befriedigung erfüllen. Sein Verdienst an der Rettung der Kranken ist gewiß dem des Operateurs gleichzustellen.

Die Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Digitized by Google

Ueber Basedow'sche Krankheit.

Originalart. von Dr. Viktor Löwenthal in Frankfurt a. M.

Zur Ergründung des Wesens der Basedow'schen Krankheit sind schon die mannigfachsten Hypothesen versucht worden. Im Vordergrund dieser Krankheit hat man stets Symptome betrachtet, die man als nervöse bezeichnet hat. Hinderlich war auch sicher, in der Aethiologie den richtigen Weg zu finden, daß man im großen ganzen die Kardinalsymptome als gleichwertig betrachtet hat. Da alle gemachten Hypothesen keine befriedigende Erklärung boten, so bezeichnete man die Krankheit als eine große Neurose. Jedoch sonderbar klingt die Begründung, die wir in Eulenburg Encyclopädie*) lesen, nämlich weil viele Symptome der Bosedow'schen Krankheit sich nach heftigen Gemütsbewegungen finden, soll diese Krankheit als eine große Neurose angesehen werden. Dann könnte man auch fast sägen, Fieber wäre auch eine Neurose, indem man nur die subjektiven Symptome in Betracht zieht und die krank machende Ursache außer Acht läßt. Hier wie dort muß noch ein zweites hinzukommen und bei der Basedow'schen Krankheit werden es auch wohl Produkte sein, die in einem psysiologisch oder anatomisch veränderten Organ. der Schilddrüse, entstanden, die nervösen Symptome auslösen.

Aehnlich wie bei der Blinddarmentzündung scheinen auch die neueren therapeutischen Bestrebungen Einblick gewinnen zu lassen in das Wesen derselben und vielleicht in die Funktion dieser Drüse. In zweierlei Hinsicht ist man therapeutisch gegen die Krankheit vorgegangen. Man hat nach operativen Entfernungen der Schilddrüse die Symptome der Krankheit zurückgehen sehen und auch Heilungserfolge erzielt. Andererseits hat man dem Körper Mittel einverleibt, welche als Gegengift wirken sollten gegen die in der Drüse secernierten Produkte. So hat man durch das Möbius'sche Serum symptomatische Heilerfolge erzielt. Was liegt also näher als daraus den Schluß zu ziehen, daß die Basedow'sche Krankheit nur eine Erkrankung der Drüse selbst ist. Hiergegen spräche auch nicht, daß in vielen Fällen eine Vergrößerung nicht nachweisbar ist. Hier könnte es sich nur um eine vergrößerte Sekretion handeln und andererseits weiß man ja nie, wie groß die Drüse vor der Erkrankung war.

Wenn wir ferner berücksichtigen, welche nervöse Symptome im Vordergrund stehen und wenn wir ferner berücksichtigen, daß bei allen Gemütserregungen dieselben Symptome nur im verkleinerten, dem Affekt entsprechenden Maßstab vorhanden sind, könnte dies nicht auf die physiologische Funktion der Drüse den Rückschluß erlauben. Wäre

*) vergl. Basedow'sche Krankheit.

Digitized by Google

nicht daran zu denken, daß die Schilddrüse eine Drüse wäre, die durch Reizung bei Affektzuständen ihre Sekretionsprodukte in den Körper bringt, die wiederum auf die nervösen Centren einwirkend die Symptome der Affektzustände hervorrufen.

Damit wäre ja auch wohl in Einklang zu bringen, daß diese Krankheit das weibliche Geschlecht, das leichter erregbar wie das männliche ist, bevorzugt. Die Basedow'sche Krankheit wäre als nichts anderes aufzufassen, wie das ja bereits von anderen Autoren geschehen ist, als eine Hypersekretion der Drüse, die hinwiederum ihre Ursache finden muß in einer die Drüse selbst treffenden Schädlichkeit.

Wenn es sich um eine große Neurose handeln sollte, so wäre es doch sonderbar, daß nicht bei allen großen Gehirnerkrankungen dieser Symptomenkomplex ausgelöst wird. Wie schon oben bemerkt, deutet alles darauf hin, daß es sich um eine spezifische Erkrankung der Drüse handelt und wenn man auch nicht so weit gleich gehen will, an einen besonderen Bazillus zu denken, so drängt doch alles zu der Annahme, daß durch Einwirkung von Toxinen, die bei den verschiedenartigsten Krankheiten sich bilden können ein Entzündungszustand der Drüse verursacht wird; so hat man nach den verschiedenartigsten Infektionskrankheiten die Krankheit ausbrechen sehen. So sah ich erst jüngst in einem Falle von Mandelabszeß ein schweres Bild dieser Krankheit sich entwickeln. Es kann häufig vielleicht schon eine geringe Entzündung irgend eines Organes diese Erkrankung auslösen und gerade in den Fällen, wo man von einer neuropatischen Konstitution spricht oder allgemeine Schwächezustände die Reizbarkeit des Körpers erhöht haben. Mit dieser Erklärung wäre auch die Ansicht Blums*) in Einklang zu bringen, aber in einem seiner Ansicht entgegengesetztem Sinne, daß die bei zu starker Fleischnahrung gebildeten Toxine eine Erkrankung dieser Drüse verursachen könnten. Damit wäre ferner in Einklang zu bringen, daß Blum mit Einschränkung der Fleischkost eine Besserung der Krankheit erzielen will. Durch diese meine Erwägungen wird vielleicht der Weg angebahnt werden in der oben angegebenen Richtung die Ursache der Erkrankung zu finden. Bis dahin wird es ja wohl stets die Aufgabe bleiben, abgesehen von der Entfernung der Drüse teils symptomatisch auf die einzelnen Symptome, wie durch das Serum, einzuwirken und andernteils darf vor allem nicht vergessen werden, bei der chronisch verlaufenden Krankheit in der bisher schon geübten Weise durch Diät und Luftkuren den Allgemeinzustand zu beeinflussen.

*) Rede auf d. Versammlung der Neurologen.

Digitized by Google

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Ueber Empyroform. In den Bestrebungen, ein Ersatzmittel für den in seiner Wirkung anerkannten und fast unentbehrlichen, durch seine äußeren Eigenschaften, namentlich seinen penetranten Geruch und seine dunkle Farbe besonders in der ambulatorischen Behandlung unangenehmen Teer zu schaffen, kam man in den letzten Jahren zu zwei Präparaten, dem farblosen Steinkohlenteerderivat Anthrasol und dem geruchlosen Empyroform, einem schwach grauroten Pulver, das in Wasser unlöslich, gut löslich in Chloroform, Aceton und Tinctura benz. ist und Salben, sowie Pasten eine leicht graue Farbe verleiht. Aehnlich wie der Teer, wirkt es reduzirend, keratoplastisch und durch die Eigenschaften des Formaldehyds verstärkt auch austrocknend und auf die Papillargefäße adstringirend. Auf Grund dieser Eigenschaft beeinflußt es durch Verminderung der Hyperämie nicht allzu lange persistirende Infiltrationen rasch sehr günstig. Hervorzuheben ist noch vor allem seine juckstillende Eigenschaft, worin es dem Teer nicht nachsteht. Auf der Abteilung des Prof. E. Lang im Allgem. Krankenhause in Wien wurde das Empyroform seit längerer Zeit vielfach verwendet. Was die Art der Applikation betrifft, so wurde es nach dem Bericht des Abteilungsassistenten Dr. J. Pollitzer (Die Heilkunde, Aprilheft 1905) als Salbe, Paste oder Tinktur verwendet. Und zwar wurde ordinirt die Salbe 5—10 pCt., die Paste nach der Formel

Empyroform
Amyli . . āā 10,0
Ungt. spl. . . 20,0 mit Modifikationen

je nach der beabsichtigten Konsistenz des Medikaments zu berücksichtigen ist; die Tinktur 5—10—20 pCt. mit Chloroform und Tinkt. benzzës. āā.

Die Anwendungsweise und die Indikationen des Empyroforms sind im allgemeinen durch seine Stellung als Ersatzmittel des Teers gegeben, der seine ausgedehnte Verwendung bei chronisch entzündlichen, pruriginösen und parasitären Prozessen findet.

Unter den entzündlichen Dermatosen ist zunächst und vorzugsweise das Ekzem zu nennen. Der Teer hat seine dominirende Stellung in der Ekzembehandlung zunächst bei chronischen Formen nach Entfernung der Krusten und Erweichung der verdickten Epidermis zur Beseitigung der chronischen Hyperämie als Ursache der immer wieder aufflackernden Entzündung; dann aber auch im squamösen ablaufenden Stadium des akuten Ekzems, um die zarte schuppende Haut ganz zur Abheilung zu bringen und den meist

Digitized by Google

bestehenden Juckreiz zu beseitigen. In beiden Fällen bewährte sich das Empyroform vollkommen. Es wurde in zahlreichen Fällen chronischen Ekzems, darunter zwei hartnäckige und stark irritirte Gewerbeekzeme, angewendet. Das Nässen, die Krustenbildung ließen bald nach, die verdickten Epidermisflächen wurden flach, weich und glatt, auch die oft lange persistirende Rötung blaßte ziemlich rasch ab. Besonders prompt war die Verminderung und Beseitigung des Juckens, mit dessen Fehlen die Patienten auch aufhörten, durch Kratzen die Haut zu irritiren, so daß die neben den lokalen Ekzemherden zerstreuten akuten, stark juckenden Nachschübe zessirten und abheilten. Noch günstiger ist die Wirkung des Empyroforms bei der Schlußbehandlung akuter Formen, bei denen es durch seine wesentlich mildere und zartere Wirkungsweise dem Teer vorzuziehen ist.

In Form der Tinktur angewendet, wirkt das Empyroform bei den squamösen, seborrhoischen Kopfekzemen sehr gut.

Bei Prurigo wurden die lokalen Erscheinungen, das Ekzem und besonders das Jucken günstig beeinflußt. Pityriasis rosea kam unter Behandlung mit Empyroformpaste rasch zur Abheilung.

Bei Psoriasis, Dermatomycosis tonsurans circinnata waren die Resultate mit dem Mittel nicht vollständig ausreichend und wurde daher die Anwendung des Empyroforms vorwiegend auf die Ekzemtherapie beschränkt.

II. Medicin.

Ueber Cerebrospinalmeningitis. Das epidemische Aufflackern der Cerebrospinalmeningitis, oder, wie es in den Berichten der Tagespresse zum Schaden vieler auffällig an Steifhals Leidender heißt, der Genickstarre, muß zurzeit dem praktischen Arzte mit Recht ein Gegenstand der Sorge sein. Zunächst ist die Meldepflicht verschärft worden, und da für uns Aerzte kein Zweifel darüber bestehen kann, daß ein nicht unbeträchtlicher Teil der auftretenden Fälle gar nicht zur epidemischen Form gehört, sondern zu den sporadischen Fällen oder zu den sekundären oder tuberkulösen zu rechnen ist, so erwächst daraus dem Arzte eine in der Praxis oft schwer zu erfüllende Aufgabe, noch bei Lebzeiten sich mit Bestimmtheit zu entscheiden, ob eine polizeiliche Meldung und damit eine Desinfektion und Abschließung der Familienmitglieder und der Behausung nötig ist, oder nicht.

Digitized by Google

Was die Ausbreitung der Epidemie anbelangt, so scheint sie bis jetzt durchaus keinen pandemischen Charakter angenommen zu haben. Nur am Herde selbst, in der Südostecke Deutschlands, und in den Grenzländern, hat sie sich bedeutender entwickelt, als in früheren Jahrgängen, in denen dort ja ebenfalls häufig Epidemien der Krankheit auftraten. Die Fälle, über die sonst aus Deutschland berichtet wird, sind bis jetzt sporadisch geblieben; man darf ärztlicherseits nicht vergessen, daß reine, idiopathische Meningitiden jahraus jahrein vorgekommen sind, und daß nur durch die verstärkte Meldepflicht und durch die Teilnahme der Presse zurzeit mehr davon in der Oeffentlichkeit verlautet. Andererseits ist in Oberschlesien die Erkrankungsziffer eine ungemein hohe. v. Leyden erinnerte jüngst daran, daß Endemien der Krankheit schon von altersher bekannt sind, und daß er selbst in den 60er Jahren in Königsberg eine solche mitgemacht habe, bei der einzelne Fälle blitzartig erkrankten und auf der Straße niederfielen. — Mit Sorge muß es uns Aerzte ferner erfüllen, daß wir über die Aetiologie der Krankheit völlig im Dunkeln sind. Freilich wissen wir, daß der Meningokokkus (Weichselbaum) als Krankheitsbegleiter in der Cerebrospinalflüssigkeit gefunden wird. Allein wir wissen ebenfalls, daß dieser Mikroorganismus ubiquitär ist, daß man ihn im Munde als Nasenschleim finden kann. Es fehlt eben ein Hauptfaktor für die Erklärung des epidemischen Auftretens. Gerade bei dieser Infektionskrankheit wird uns so recht klar, daß die Bakterieninvasion mit einem an Wichtigkeit ebenbürtigen Momente verknüpft ist, dessen Kenntnis uns verschleiert ist. Freilich wissen wir bereits seit Virchows Zeiten, daß Oberschlesien aus sanitären Gründen einen guten Boden für Epidemien abgibt; allein dieser Nährboden ist dank umfangreicher sanitärer Verbesserungen, die Staat und Gemeinden vorgenommen haben, wohl kaum wesentlich empfänglicher im hygienischen Sinne als viele andere ungesundere Gegenden Deutschlands. Wir sind auch im Unklaren, ob die Krankheit von Person zu Person übertragbar ist. Auch hat sie bis jetzt, trotz der wärmeren Jahreszeit, nicht nachgelassen, wie ursprünglich erwartet wurde und noch erhofft wird. So muß es ganz besonders den behandelnden Aerzten am Herzen liegen, durch scharfe Beobachtung dazu beizutragen, die ätiologischen Verhältnisse aufzuklären, um vielleicht noch geeignetere Maßregeln zu treffen als sie auf Grund der vorhandenen Kenntnisse möglich und durchführbar sind. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.)

Pathologische Anatomie und Infectionsweg bei der Genickstarre. Dr. Westenhöffer ist von

Digitized by Google

der Regierung in den Schlesischen Seuchenherd entsendet worden. Er hat seine Aufgabe in drei Teile zerlegt: 1. Aufsuchen der Infectionspforte, 2. Nachweis des Weges, den die Infection von der Eintrittspforte zum Gehirn einschlägt und 3. Nachweis der sonstigen Veränderungen, welche die epidemische Genickstarre charakterisieren. Er hat 30 Sectionen ausgeführt, 29 Fälle betrafen epidemische, 1 Fall tuberculöse Hirnhautentzündung. Er begann die Section mit der Oeffnung des Nasen- und Rachenraums von hinten her, indem er durch den Keilbeinkörper hindurchging, dann hat er die Nase herauspräpariert, die Nebenhöhlen abgesucht und dann eine Section des Ohres angeschlossen. Durch stückweises Vorgehen war es ihm möglich, keine Aenderungen von irgend welcher Bedeutung zu übersehen. Er fand regelmäßig, daß im Rachenraum eine Schleimkuppel vorhanden ist, bestehend aus blasigem Schleim im oberen Nasenrachenraum, wie er normaler Weise nicht vorkommt. Nach Entfernung des Schleimpfropfens sieht man die Tonsillen regelmäßig stark geschwollen. Es ist nicht leicht zu entscheiden, ob es sich um Hypertrophie oder acute Schwellung handelt, in der Mehrzahl der Fälle handelt es sich jedoch um acute Schwellung oft auf der Basis chronischer Hypertrophien. Diese Schwellung setzt sich auf die hintere Pharynxwand fort und ist hier oft mit ödematöser Schwellung verbunden. In gleicher Weise pflegen die Tubenwülste geschwollen und gerötet zu sein. In 70 pCt. fanden sich eitrige Mittelohrenzündungen, in einem Fall waren die Siebbeinzellen bei einem 7jährigen Mädchen erkrankt, bei dem die Nase am stärksten befallen war. 10mal war die Keilbeinhöhle betroffen 7 mal die Highmorshöhle. Dieselben Befunde konnten erhoben werden bei Leuten, die innerhalb weniger Stunden der Krankheit zum Opfer gefallen waren. Aus diesen Befunden kann entnommen werden, daß der Krankheitserreger im hinteren Nasen- und Rachenraum, d. h. in dem lymphathischen Gewebe, welches den Racheneingang umgibt, in den Körper eindringt.

Die Entzündung der Hirnhäute wird zuerst in der Gegend der Hypophysis gefunden. Der Krankheitserreger kann entweder längs der Carotis wandern oder durch den Keilbeinkörper dringen. Der eine Weg führt von der Dura mater zum Keilbeinkörper durch Vasa nutritia, der andere Weg vom Sinus cavernosus in die Paukenhöhle durch die Canaliculi carotico-tympanici. In einem Falle war der oben erwähnte Sinus thrombosiert. Die Gegend des Türkensattels spielt für die Infection eine viel größere Rolle als das Siebbein. So kommt es, daß Strabismus eines der ersten Symptome der Erkrankung ist. Im Gegensatz hierzu breitet

Digitized by Google

sich die tuberculöse Mengitis von der Arteria fossae Sylvii aus. Der Proceß bleibt stets an der Oberfläche des Gehirns. Man kann sich leicht an derartig Erkrankten überzeugen, daß es einen Subcarachnoidalraum gibt. Es tritt eine Lymphstauung ein, eine Eiterung und plötzlich gerinnt das ganze vorhandene Exudat, so daß beim Einschneiden keine Flüssigkeit mehr austritt außer in der direkten Umgebung der Gefäße.

Von sonstigen anatomischen Veränderungen findet sich trübe Schwellung des Herzens und der Leber, Nephritis etc. Auffallend ist das Vorhandensein von Lymphdrüsenschwellungen am Hals und im Netz. Die Peyer'schen Plaques sind geschwollen und Thymusdrüse außerordentlich groß, selbst bei Erwachsenen.

Aus der bacteriologischen Untersuchung in drei Fällen, die W. zusammen mit v. Lingelsheim angestellt hat, geht hervor, daß der Meningococcus entweder nicht alleiniger Erreger der Krankheit oder überhaupt nicht der Erreger der Krankheit ist. Besonders sind die schnell zum Tode führenden Fälle bakteriologisch vollkommen unaufgeklärt. Zusammenfassend bemerkt er, daß die epidemische Genickstarre vorwiegend Kinder unter 10 Jahren betrifft, und zwar besonders solche Kinder, die durch Scrophulose eine besondere Disposition für die Erkrankung besitzen. Wahrscheinlich wird der Krankheitserreger eingeatmet, weniger in der Schule, weil Kinder den Auswurf nicht expectorieren, sondern in den Wohnungen der Eltern etc. Die Entfernung des Auswurfs der Erwachsenen und seine Desinfektion ist besonders wichtig. Prophylaktisch ist die Desinfektion des Nasen- und Rachenraums von besonderer Bedeutung.

Einiges über die allgemeine Behandlung der Herzkrankheiten. Von L. Krehl, Strassburg (Dtsch. Kl.) Da die Ursache des krankhaften Prozesses nur selten zu beeinflußen ist, kann die Behandlung durchweg nur eine symptomatische sein, d. h. die Besserung der Funktion im Auge haben.

Kreislaufstörungen durch syphilitische Prozesse an Arterien, Aorta, Herzmuskel sind spezifisch mit Quecksilber und Jod in nicht zu kleinen Dosen zu behandeln. Hiermit hat man selbst bei schwerer Herzschwäche nicht selten Erfolg.

Aetiologisch wäre ferner auch die Coronarsklerose mit Jod günstig zu beeinflussen. Da es längere Zeit gegeben werden muß, macht man zweckmäßig nach französischer Vorschrift nach 3 Wochen eine Woche Pause.

Digitized by Google

Causale Behandlung ist am Platze bei den subjektiven Beschwerden der Tabak-, Kaffee- und Theeintoxication, wie sie sich in Herzklopfen, Herzangst, Angina pectoris, Herzhypertrophie, Herzinsufficienz äußern. Enthaltung der schädlichen Momente bringt hier schnelle Besserung. Ob auch der Alkohol Herzkrankheiten erzeugt, wissen wir nicht völlig sicher. Gewiß ist, daß er im Verein mit reichlicher Nahrungszufuhr und übermäßiger Muskelarbeit Herzinsufficienz erzeugen kann.

Bei ausgesprochener Kreislaufinsufficienz und veränderter Blutverteilung, ist zunächst strengste Bettruhe angezeigt. Die Diät ist möglichst den früheren Gewohnheiten des Kranken anzupassen. Die Flüssigkeitsaufnahme zu regeln, so daß der Kranke nicht mehr wie $1^1/_4$—$1^1/_2$ l Flüssigkeit innerhalb 24 Stunden aufnimmt. Alkohol, Kaffee, Thee, Cigarren sind am besten ganz auszusetzen. Zur Regelung des Kreislaufs gibt man Fol. Digitalis, welche unter Verlangsamung der Herztätigkeit den Blutdruck erhöht.

Soll eine schnelle Wirkung erzielt werden, so ist die Digitalis in Pulverform vorzuziehen, der Aufguß, wenn die Einwirkung milder sein soll und Eile nicht nötig ist. Ueber 4—6 Decigramm pro die geht man nicht gern hinaus. Der Gehalt an wirksamen Substanzen schwankt bei den Digitalisblättern nach Ort und Art ihrer Herkunft, bei den Präparaten nach der Bereitungsweise oft stark, was bei der Verordnung im Auge zu behalten ist.

Die gewünschte Wirkung der Digitalis zeigt sich in größerer Ruhe der Kranken-, Nachlaß der Kurzatmigkeit, Verkleinerung der Leber, Schwinden der Oedeme, Steigen der Harnmenge, ruhigerer und gleichmäßigerer Herzaktion, Füllung und Spannung des Arterienpulses.

Gewöhnlich tritt diese Wirkung nach Verbrauch von 2 gr. oder früher ein. Dann setzt man aus. War die Digitalis wirkungslos, kann man, wenn möglich 2—3 Wochen warten und dann den Versuch erneuern. Ist die Wirkung zwar vorhanden, aber keine befriedigende, dauernde, so lasse man sie längere Zeit in kleinen Gaben (z. B. 2 mal tägl, 0,1 oder 3 mal tägl. 0,05) nehmen. Den Erfolg unterstützen zuweilen Kohlensäurebäder, besonders in den leichteren Fällen von Herzinsufficienz.

Mechanische Behandlung kommt in Betracht bei geringeren Graden der Kreislaufstörung, namentlich dann, wenn Ermüdung des Herzens, mangelhafte Ausbildung der Muskulatur vorliegt wie bei Fettleibigen. Doch bieten hier frische Entzündungen und Coronarsklerose natürlich Gegenanzeige.

Digitized by Google

Der Ersatz der rohen Droge durch Reinstoffe ist noch nicht allgemein zu empfehlen. Zwei davon kommen nur in Frage: Digitoxintabellen von 0,2 mgr. (Merk), welche neben der guten Wirkung die Gefahr schwerer Vergiftung bergen. Man spare sie also für die Fälle auf, wo die rohe Droge, die stets harmloser ist, nicht wirkt. Und dann das Digitalinum. verum (Röhringer), welches subcutan gegeben werden kann. (Rp. Digitalin. ver. 0,03 Alk. abs. 1,0 Aq. 9,0; 3—8 mal tägl. 1/3—1 Spritze). Die Injektionen reizen jedoch, wegen der Menge des Alkohols stark und die Wirkung geht meist schnell vorüber.

Von Ersatzmitteln wären außerdem noch zu nennen das Strophantin, Adonis vernalis, Convallaria und die Coffeinpräparate, besonders Coff. natriobenzoic. und natriosalicylic. Kampfer ist bei ganz acut sich entwickelnder Herzinsufficienz angebracht; zu länger währender Anwendung eignet er sich aber ebensowenig wie das Coffein.

Die Methode, der Digitalis von Anfang an Kali acetic. beizufügen, um gleichzeitig die Nieren anzuregen, ist nicht zu befürworten. Bei Wassersucht gebe man essigsaures Kali oder besser Theobrominpräparate, wie Diurectin 4—5 gr. tgl. mindestens 5 Tage hintereinander. Leider ist es nicht ohne unangenehme Nebenwirkuugen. Auch Calomel 0,2 tgl. 2—3 mal, ev. mit je 0,01 Opium 5—6 Tage lang fortgesezt, daß die Nieren nicht primär erkrankt sind und der Organismus kräftig ist. Als ultima ratio bleibt die mechanische Entleerung der gestauten Flüssigkeit. Unterstützend die Medication nützt bei schweren Compensationsstörungen mechanische Unterstützung der Atemphasen: Gewöhnung an tiefes Atmen, Hebung des Thorax bei der Inspiration, Einübung saccadierter Exspiration, Thoraxpressungen. Auch hier bilden frische Entzündungen und Coronarsklerose Gegenanzeigen.

Endlich sei man mit Morphium nicht zu sparsam; es lindert nicht nur die Leiden, sondern unterstützt durch seine beruhigende Wirkung direkt die Arbeit des Herzens.

Treten Kreislaufstörungen und Herzinsufficienz nur bei vermehrten Anforderungen an das Herz auf, nicht in der Ruhe, so genügt Regelung der Lebensweise. Besondere Maßnahmen sind hier nicht erforderlich. Die Ernährung soll den Körper in seinem Zustand an Fett erhalten, bei dem der Kranke sich wohl fühlt. Enthaltungs- und Abmagerungskuren werden im allgemeinen schlecht vertragen.

In allen Fällen, in denen eine noch frische Erkrankung des Herzmuskels vorliegt, ist zunächst die Ursache zu erforschen und zu aliminieren, läßt sich keine bestimmte Ur-

Digitized by Google

sache entdecken, so versuche man ein schwaches Digital. Infus (0,5/150,0) 2 stdl. tagsüber einen Essl. voll, etwa 3 Flaschen oder Tr. strophanti 3 mal tägl. 6—10 Tropfen, im ganzen 6—10 gr. Kohlensäurebäder finden in diesen Fällen ihre Hauptindication, und können künstlich aus Natr. bicarbonic. und Salzsäure oder Kal. peicarb. und Kal. bisulfur. oder durch Einführen von Kohlensäure in das Badewasser bereitet werden. Von diesen Bädern könneu 20—25 nacheinander mit eingeschobenen freien Tagen gegeben werden. Als Kurorte mit Kohlensäurequellen empfehlen sich Nauheim, Oeynhausen, Soden, Homburg, Kissingen, Cudowa.

Auch elektrische Bäder wirken gut und ähnlich wie Kohlensäurebäder. Sie wirken außerdem günstig und erfrischend auf das Nervensystem und Allgemeinbefinden.

Die Kräftigung des Herzens wird durch systematische Arbeit unterstützt, durch Gehen, Bergsteigen, Widerstandsgymnastik, Turnen. Diese Behandlungsweise eignet sich besonders für Kranke, deren Körpergewicht in Mißverhältnis zur Herzkraft steht, für manche chronische Erkrankungen des Herzmuskels und einzelne leichtere Klappenfehler.

Zu verbinden damit ist eine diätatische Kur und Regelung der Flüssigkeitsaufnahme. In jedem Falle suche man sorgfältig sich zu vergewissern, ob und wo sich irgend ein Angriffspunkt für spezifische therapeutische Maßnahmen findet; dann werde dieser energisch angefaßt. Andererseits beschränke man sich lieber auf eine indifferente Behandlung und vermeide therapeutische Vielgeschäftigkeit.

L.

Beobachtungen über Perityphlitis. Von A. Lombardi. (Aus der chir. Klinik der Universität Zürich.)

Der Umstand, daß heutzutage die Blinddarmentzündung eine sehr häufig anzutreffende Krankheit ist, führt manchmal den Arzt zur Fehldiagnose, indem er an diese Häufigkeit mehr oder weniger gewöhnt, oft nicht zögert, die Diagnose; Appendizitis zu stellen, auch in jenen Fällen, wo der vorhandene Schmerz in der rechten Bauchseite von etwas anderem herrühren könnte. Mitunter dagegen tritt die Erkrankung mit unklaren Symptomen auf, so daß man eher geneigt ist, an die Affektion eines anderen Organes zu denken, als an diejenige der Appendix. Auch so kommen verhängnisvolle Verwechselungen vor.

Das Erbrechen, das auf Reflexerscheinungen beruht, und das Fieber sind so inkonstante Symptome, daß man sich auf sie allein bei der Differentialdiagnose gar nicht verlassen kann. Das Erbrechen kann sowohl bei leichteren

Digitized by Google

wie bei sehr schweren Fällen auftreten und vermag nur mit anderen Erscheinungen in Zusammenhang Aufklärung über den Zustand des Patienten zu geben. Ebensowenig kann die Temperatur zur Beurteilung des Zustandes des Kranken genügen, weil sogar ein sehr gefährlicher Fall fieberlos verlaufen kann. In anderen Fällen allerdings bildet Fieber das unangenehme Zeichen von noch unangenehmeren Erscheinungen. Der Puls braucht nicht im Verhältnis mit dem Fieber zu sein, sondern die Pulsfrequenz kann erheblich steigen, wenn die Temperatur relativ niedrig bleibt und umgekehrt.

Die Krankheiten, die mit der Appendizitis zu verwechseln sind und an die man bei der Diagnosestellung denken muß, sind verschiedene: Das Cökumkarzinom ist daran zu erkennen, daß es zur Bildung einer höckerigen Resistenz führt, chronisch und fieberlos verläuft. Zudem ist die Kachexie und das Alter charakteristisch. Eine Verwechslung mit Nierenstein- und Gallensteinkolik ist möglich. Bei diesen aber werden die Harnuntersuchungen und das Auftreten von ikterischen Verfärbungen den Ausschlag für die Diagnose geben.

Die Differentialdiagnose zwischen rechtseitiger Adnexaffektion und Appendizitis ist manchmal so schwierig, daß man zu einem sicheren Schluß kaum kommen kann. Die Untersuchung per vaginam und per rectum führen meist nicht zum Ziel.

Daß Verwechslungen zwischen Ulcus ventriculi und Blinddarmentzündungen vorkommen, ist eine Tatsache, die keine weitere Erläuterung braucht. obwohl sie von verschiedenen Seiten mit Unrecht bestritten wird. Eine Wanderniere führt nicht so leicht zur Täuschung, weil die Beweglichkeit des Tumors vor Fehldiagnosen schützt. Außerdem sind das perforierte Ulkus mit Peritonitis, das Karzinom und die Tuberkulose von Darm und Mesenterium, ferner die akuten Entzündungen des Pankreas, die Darminvagination, die Darmaktinomykosis Krankheiten, welche gelegentlich eine Perityphlitiv vortäuschen können. Die Tuberkulose der Wirbelsäule oder der Beckenknochen kann ebenfalls Abszesse in der rechten Fossa iliaca bilden, deren Ursprung aber durch die Veränderung der Knochen erkennbar ist. Schließlich kann die Appendizitis mit einer beginnenden Koxitis verwechselt werden.

Ueber die Therapie bei Perityphlitis herrschen drei verschiedene Ansichten. Die einen meinen, es könne ohne einen operativen Eingriff keine vollkommene Heilung eintreten, andere dagegen nehmen an, daß die Therapie fast

Digitized by Google

ausschließlich eine interne sein soll. Schließlich findet eine dritte Kategorie von Aerzten sowohl die operative, wie auch die interne Therapie indiziert.

Erfahrungen über 1000 Operationen der Appendizitis. Von Hermann Kümmell in Hamburg. In dem Streite, der immer noch um die Frage der Behandlung der Appendizitis auf Kongressen und in Zeitschriften ausgefochten wird, ist es von größtem Interesse, die Ansicht Vfs. zu hören, der auf Grund der führenden Rolle, die er seit 15 Jahren in dieser Frage spielt und seines so umfangreichen Materials, als einer der Berufensten erscheint, zu diesem Thema das Wort zu ergreifen. Er bespricht zunächst die Frage, ob die Appendizitis im letzten Dezennium bei uns häufiger geworden ist und warum, und glaubt auf Grund seiner Erfahrung annehmen zu müssen, daß die Vermehrung der Appendizitisoperationen nicht nur auf einer exakteren Diagnosestellung beruht, sondern daß auch die Krankheit in der Tat bei uns im Zunehmen begriffen ist. Hiefür kommt seines Erachtens speziell die infolge des verbesserten Volkswohlstandes vermehrte Fleischnahrung in Betracht, der er als wahrscheinliches ätiologisches Moment eine große Rolle zuweist. Sicheres läßt sich aber einstweilen darüber noch nicht sagen. Ein großer Teil der Appendizitiden tritt gewiß im Anschluß an eine Infektionskrankheit (Influenza, Angina etc.) auf, andere beruhen auf hereditärer Anlage.

Kümmell weist sodann darauf hin, wie schwer die Diagnose, ganz speziell wegen der häufigen Verlagerung des Schmerzes nach allen Körpergegenden hin, auch für den geübtesten Diagnostiker ist. Weit mehr Gewicht als auf die Temperatur legt er auf den Puls, dessen starke Beschleunigung immer zur höchsten Vorsicht mahnt.

Sein Material verteilt sich folgendermaßen: 1. Frühoperation im Anfall: 49 (6% Mortalität), 2. Operationen à froid: 695 ($^1/_2$% Mortalität), 3. abgekapselte Abszesse: 178 (10% Mortalität), 4. diffuse Peritonitis: 82 (89% Mortatität). — Bei Frauen ist die Appendizitis sehr häufig mit Adnexerkrankungen kombiniert, die Vf. in jedem Falle genau inspiziert und bei geringsten Veränderungen mitentfernt. Auf Grund mancher trauriger Erfahrung ist er dahingekommen, jede Appendizitis, abgesehen von den ganz leichten Formen, sofort zu operieren, wenn er sie in den ersten 48 Stunden zur Beobachtung bekommt, da unsere Diagnostik, wie viele Autopsien in vivo beweisen, noch eine sehr mangelhafte ist. Kommt er später ans Krankenbett, so sucht er den Patienten nach Möglichkeit erst im Intervall zu operieren, und zwar, falls Exsudat vorhanden war, nicht vor 6—8 Wochen nach

Digitized by Google

dessen Verschwinden. Er entfernt aber, im Gegensatz zu anderen Chirurgen, prinzipiell den Wurmfortsatz nach Ablauf der Appendizitis, und zwar am liebsten gleich nach dem ersten Anfall. Zum Schlusse stellt er folgende Leitsätze auf: 1. Jede ausgesprochene Appendizitis ist sofort zu operieren. Je früher die Operation ausgeführt wird, um so günstiger sind die Erfolge. — 2. Fälle, welche erst nach Ablauf von etwa 48 Stunden in Behandlung kommen, sind, falls nicht die Schwere der Erkrankung einen sofortigen Eingriff nötig macht, expektativ mit Opium, Eis etc. zu behandeln. Abführmittel sind unter allen Umständen zu vermeiden. — 3. Abszesse sind baldigst zu öffnen; der Appendix wird dabei nicht prinzipiell entfernt. Nach Heilung der Wunden wird die Radikaloperation in allen Fällen vorgenommen. — 4. Jeder Patient, welcher einen Anfall von Appendizitis überstanden hat, ist durch Entfernung des Wurmfortsatzes vor Rezidiven zu schützen. — (Deutsche med. Wochenschr. No. 16 und 17, 1905.)

Die Haferkur bei Diabetes mellitus. Es mehren sich die Empfehlungen der Haferkur bei Diabetes, die vor einiger Zeit von v. Norden eingeführt worden ist. Sie gilt bekanntlich für solche Fälle von Diabetes, bei welchen nicht nur eine Intoleranz der Kohlehydrate besteht, sondern auch noch jene andere höchst bedenkliche Stoffwechselerkrankung, die wir als Acidose bezeichnen, hinzukommt. Es ist bekannt, daß über den Ursprung der Acidose die Meinungen noch geteilt sind. Sie dokumentiert sich bekanntlich durch das Vorkommen jener toxisch wirkenden Fettsäure im Stoffwechsel, im Blut und im Urin, die sich als β-Oxybuttersäure charakterisieren läßt, und deren nächste Abbaustufen die im Harn nachweisbaren beiden Körper Diacetessigsäure (Burgunderfärbung durch Eisenchlorid, Gerhardt'sche Reaktion) und Aceton (Legal'sche Reaktion mit Nitroprussidnatrium, Kalilauge und Essigsäure) sind. Man erkannte ursprünglich als Ursache der Acidose den Kohlehydrate-Hunger, resp. die reine Eiweißkost an, gewichtige Stimmen traten dann für das Nahrungs- oder für das Organfett als Ausgangsstellen ein, und vereinzelt endlich wurde sogar die Säurebildung mit der absoluten Unfähigkeit, die Kohlehydrate festzuhalten, in Zusammenhang gebracht. Immerhin hat sich für die Praxis die Annahme bewährt, für die Störung die einseitige Eiweißkost verantwortlich zu machen, und gerade die v. Noorden'sche Kur ist eine Bestätigung dieser Theorie, insofern die Einführung eines Kohlehydrats, des Hafermehls, dem Zustande jedenfalls während des Gebrauchs ein Ende macht. Was aber noch außerdem bei der Kur überraschenderweise sich zeigt, ist

Digitized by Google

öfters ein Rückgang der Zuckerausscheidung trotz der Mehldarreichung. Mohr (med. Klinik 1905 Nr. 16) rühmt neuerdings die sichtbaren Erfolge der Haferkur. Merkwürdigerweise haben andere Kohlehydrate nicht den gleich starken Effekt. Nach M. braucht man sich nicht strikte an die v. Noorden'schen Zahlen zu halten, es handelt sich um das individuelle Verhalten des Kranken, um seine Größe, sein Gewicht und sein Nahrungsbedürfnis. Bei einem 60 kg. schweren Zuckerkranken, der etwa 60 g Zucker täglich verliert und leicht arbeitet, wird täglich $^1/_2$ Pfd. Hafermehl neben 200 g. Butter (größtenteils in der Suppe verrührt) und 100 g Roborat als Eiweiß (Pflanzeneiweiß) zu bewilligen sein. Hat man Erfolg mit dieser Diät, so läßt man sie, solange der Patient sie aushält, durchführen, vielleicht 2—3 Wochen. Wenn man dann zu veränderter Kost übergeht, soll man zwar Kohlehydrate beibehalten, allein etwas weniger davon geben, als das Hafermehl an Menge betrug, wie v. Noorden bereits empfahl. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.)

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Ueber die Fussgeschwulst. Unter dem Namen „Fußgeschwulst" versteht man besonders beim Militär eine nach starken Anstrengungen oder einer heftigen Kraftentfaltung der unteren Extremitäten auftretende und mit Schmerzen verbundene Schwellung des Fußrückens, über deren pathologisch-anatomisches Substrat man sich früher streng genommen nicht ganz im klaren war. Seit der Beobachtung dieses Leidens mit Röntgenstrahlen hat es sich herausgestellt, daß in den meisten derartigen Fällen Frakturen der Metatarsalknochen, seltener traumatische Periostitiden oder irgend welche andere entzündliche Alterationen der Weichteile vorliegen. Tobold (Deutsche Militärärztl. Zeitschr. 1903,9) berichtet über 1500 Fälle von Fußgeschwulst, bei denen eine Untersuchung mittelst Röntgenstrahlen stattgefunden hat Hierbei stellte sich heraus, daß in 67,3 Proz. aller Fälle krankhafte Veränderungen an den Mittelfußknochen vorhanden waren, und zwar waren es in 49,7 Proz. frische Frakturen und Infraktionen, in 5,7 Proz. alte Brüche und 11,9 Proz. Knochenhautentzündungen. In den übrigen 32,7 Proz. ergab das Röntgenphotogramm einen negativen Befund, so daß nur auf entzündliche Vorgänge in den Weichteilen geschlossen werden konnte. Am häufigsten

Digitized by Google

fanden sich Frakturen des II. und III. Metatarsus; die Bruchlinien verliefen in der vorderen Hälfte des Knochens mitunter dicht hinter dem Köpfchen. Nach den Beobachtungen und Theorien Momburg's (Deutsche Zeitschrift für Chr. LXXIII p. 425) hat dieser letztere Umstand darin seinen Grund, daß die Hauptstützen des Fußes der Calcaneus und die Köpfchen des II. und III. Metetarsus sind. Diese beiden Mittelfußknochen sollen sich nämlich zu dieser Funktion besonders darum eignen, weil sie die anderen um eine Wenigkeit an Länge überragen, wie Verf. an 202 diesbezüglichen Röntgenbildern nachweisen konnte. Infolge dieser besonders starken Belastung wäre es daher ja auch ganz erklärlich, daß gerade diese Knochen am häufigsten frakturieren, bzw. ihr Periost von Entzündungen befallen wird, während die anderen Metatarsalia, die demnach gewissermaßen nur als Seitenstützen fungieren, verschont bleiben. Hierzu kommt auch noch, daß sich der I. und V. Metatarsus durch besondere Festigkeit ihrer Struktur auszeichnen. Die betreffenden Verletzungen kommen, wie schon angedeutet, gerade beim Militär besonders häufig vor, was darin seinen Grund hat, daß der marschierende So dat, dessen Eigengewicht noch durch die Bewaffnung und Gepäckausrüstung stark erhöht ist, nicht die Möglichkeit hat, dem Fuße Ruhe zu lassen, wenn er merkt, daß ein heftiges Müdigkeitsgefühl diesen ergriffen hat, ein Beweis, daß die Muskulatur erschlafft ist und die ganze Last ungemindert auf den Knochen ruht. Thalwitzer (Der Parademarsch. Eine ärztliche Betrachtung, Dresden 1904) beschuldigt daher auch den Parademarsch und die Vorübung zu demselben, das Ueben des sog. langsamen Schrittes, häufig die Veranlassung zu derartigen Fußerkrankungen beim Infanteristen zu geben Er meint, daß gerade das energische Aufsetzen des mit einem Ruck vorgestreckten Beines aus einer Höhe von 80—100 cm auf den Boden, ferner das Marschieren mit steifen, durchgedrückten Knien, sowie die ungleichmäßige Verteilung der Körperlast auf das Standbein und die hierdurch, sowie durch die steife Beinhaltung erschwerte Abwicklung der Fußsohle bei der ganzen mehr sprungartigen Vorwärtsbewegung Ueberanstrengungen und als deren Folgen Muskelzerrungen, Periostitiden, Frakturen, Arthritiden usw. herbeiführen müssen. Im Anschluß an das Vorstehende, ist es daher nicht uninteressant einen Blick auf die Tobold'sche Statistik über die Aethiologie der Fußgeschwulst bei seinen 1500 Fällen zu werfen. Von 44,5 Proz. wird das Marschieren und von 7,1 Proz. das Exerzieren als Ursache angegeben, wobei aber leider nicht gesagt wird, in welchem Verhältnis der Parademarsch und in welchem das Mar-

Digitized by Google

ſchieren auf der Tour, also das langdauernde zur Entstehung der Verletzungen beigetragen hat. Nur 13,1 Proz. führten ihr Leiden auf ein Umknicken des Fußes, 6,3 Proz. auf ein Vertreten desselben und 8,7 Proz. auf Springen beim Turnen zurück. 13,9 Proz. konnten keine Ursache für die Entstehung ihrer Erkrankung angeben, doch dürfte es wohl nicht zu weit gegangen sein, wenn man annimmt, daß auch diese knappen 14 Proz, bei deren Zustandekommen eine plötzliche gewaltsame Einwirkung sicher nicht mitgespielt hat, der Uebermüdung beim Marſchieren bezw. Exerzieren zur Last fallen.

In seltenen Fällen treten auch wohl einmal an Stelle der Metatarsalfrakturen Luxationen in den benachbarten Gelenken auf. Bayer (Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 372) hat z. B einſchließlich zweier von ihm beobachteter Fälle 68 Luxationen im Lisfranc'ſchen Gelenk aus der Literatur zusammengestelit. Von diesen waren 34 totale Verrenkungen mit Verſchiebung des ganzen Metatarsus und 34 partielle, nämlich Verrenkungen einzelner Mittelfußknochen, von denen wieder der I. am häufigsten, nämlich in 14 Fällen betroffen wurde. Auch hier sind die Ursachen, welche das Zustandekommen der Verletzung herbeiführen, die verſchiedensten, wobei es sich teils um direkte, teils um indirekte Gewalteinwirkungen handelt. Infolge des starken plantaren Bandapparates gelangen meist dorsale oder infolge der besonderen Konfiguration des Knochenbaues laterale Luxationen zur Beobachtung, während plantare und mediale äußerst selten sind. In 50 Proz. der Fälle gelang die Reposition leicht, während in den übrigen teils große Schwierigkeiten zu überwinden waren, teils eine Wiedereinrenkung überhaupt nicht gelang. In zwei Fällen wurden Resektionen an den betreffenden Knochen vorgenommen. Die funktionellen Resultate waren in 30 Fällen gute und zwar befinden sich unter diesen sonderbarerweise 4, bei denen eine Reposition nicht gelungen war. Ueber zwei interessante hierher gehörige Fälle berichtet G. Fiſcher (Deutſche Zeitſchr. f. Chir. LXXIV p. 55 und LXXIII p. 438). Ein 17jähr. Lehrling war beim Abspringen von einem Wagen gestürzt und hatte sich hierbei den linken Fuß zwiſchen dem Schutzblech des Wagens und einem Schienengeleise gequetscht, wodurch folgende Verletzungen zustande gekommen waren: eine dorsale Luxation des I. Metatarsus mit Fraktur seiner Gelenkfläche sowie einer solchen des 1. Keilbeines und Zerreißung der Haut. Erst nach Resektion der Basis des luxierten Knochens gelang eine Resposition, und im weiteren Verlaufe stießen sich große nekrotiſche Stücke der insultierten Haut ab. Nach 9 Wochen war die Heilung

Digitized by Google

eine vollkommene. Die Funktion des Fußes war nicht gestört, trotzdem eine Verkürzung der großen Zehe eingetreten war. Im anderen Falle handelte es sich um eine Ausrenkung des linken 1. Keilbeines nach oben und innen, die der Patient sich beim Ausgleiten auf der Treppe zugezogen hatte. Da die Reposition nicht gelang, mußte der betr. Knochen vollständig reseziert werden. Das funktionelle Resultat war hier gleichfalls ein sehr gutes, wie auch spätere Nachprüfungen ergaben. Auch hier handelte es sich wie im vorigen Falle um eine sehr seltene Verletzung. Verf. konnte daher auch aus der ganzen Literatur nur 26 Fälle von Keilbeinluxationen zusammenstellen, wovon 50 Proz. auf die Verrenkungen des Os cuneiforme I. entfallen. Die Diagnose bietet hier keine nennenswerten Schwierigkeiten, hingegen gelingt nur in der Hälfte der Fälle die Reposition, während bei den anderen eine Resektion erforderlich ist. Da diese letztere aber, wie wir ja auch in dem Fischer'schen Falle sehen, recht gute funktionelle Resultate gibt, brauchen wir vor ihr nicht zurückzuschrecken. (Zeitschr. für ärztl. Fortbildung.)

Ueber die malignen Gesichtsfurunkel und deren Behandlung. Von F. J. Rosenbach, Göttingen. (Med. Klinik.) Die Gefährlichkeit gewisser Gesichtsfurunkel ist allgemein bekannt, aber die Ursachen, welche die Malignität derselben bewirken, sind bis jetzt nicht hinreichend aufgeklärt. Auch über die Behandlungsweise dieser Furunkel ist man nicht einig. Soviel hat sich durch die neueren Beobachtnngen von Lenhartz und Lexer herausgestellt, daß die Malignität des Prozesses in einer höheren Virulenz der gewöhnlichen Furunkelerreger, der Staphylokokken begründet ist. Auch ist es zweifellos, daß diese Virulenz erst in dem Furunkel entsteht. Anatomische Studien von malignen Furunkeln in den ersten Stadien ergaben besondere Befunde, welche zu einer bestimmten Theorie über die Virulenzsteigerung in jenen Furunkeln führten. Nach dieser ist es das anatomische Verhältnis der Gesichtsmuskeln zur Haut und zu dem Unterhautzellgewebe, welches unter Umständen dazu führt, daß die Action dieser Muskeln Infektionsmaterial aus dem Furunkel in die Gewebe der Nachbarschaft einpreßt und einpumpt.

Schon von gutartig verlaufenden Lippenfurunkeln sieht man häufig nach oben oder außen harte Eiterstränge ausgehen. Diese entstehen durch Einschieben infektiösen Materials, durch die Bewegungen vielleicht des Musculus quadrat. labii sup., des caninus zygomaticus risorius usw. Leichter und noch energischer kann durch den orbicularis

Digitized by Google

oris infektiöses Material eingepreßt werden. — Durch jene mikroskopischen Befunde konnten die Einpressungseffekte in Form eigentümlicher, kokkenhaltiger Eitergänge nachgewiesen und vom ersten Beginne an verfolgt werden. Die Virulenzsteigerung erklärt sich durch das immer erneute Aufgehen der Kokken an neuen noch intakten Stellen des Gewebes, in welchem sie vorgeschoben werden. — Was die Behandlung betrifft, so ist das Zuwarten zu verwerfen. Es sind vielmehr rücksichtslose Inzisionen zu machen, welche womöglich die Einpressungskanäle berücksichtigen. Untersuchungen über die Wirkungsweise einer ausgiebigen Inzision wurden bei gewöhnlichen Furunkeln gemacht. Es ergab sich, daß eine solche eine weitergehende Wirkung hat, als die Entleerung eitriger Nekrosen oder infektiöser Gewebsflüssigkeit.

Mikrophotographische Untersuchungen wiesen nach, daß bei frischen Furunkeln bestehende negative Chemotaxis der Leukozyten nach einer ausgiebigen Inzision in positive Chemotaxis umgewandelt wird und daß bei älteren Furunkeln diese letztere durch die Inzision wesentlich vermehrt wird.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Zur Prophylaxe des Puerperalfiebers, v. B. Credé (Dresden) (Zentralblatt f Gynäkologie, 1905, No. 6.) Es sterben im Deutschen Reiche jährlich etwa 6000 bis 7000 Frauen an Puerperalfieber. Cr. möchte in dieser Beziehung prophylaktisch Abhilfe schaffen. Der Grund, daß für die therapeutische Vorbeugung nichts Genügendes geschah, liegt darin, daß wir bisher kein Antiseptikum besaßen, welches die Bakterienentwicklung energisch hemmt, ohne der Zelle des lebenden Organismus zu schaden, und welches in die Scheide und in die Gebärmutter leicht und schonend eingeführt werden kann. Auf Grund langer Erfahrung behauptet er, daß Collargol (lösliches Silber) ein für diese Zwecke souveränes Mittel ist und schlägt folgendes vor: Ebenso wie die Gebärenden vor der Geburt gebadet und gründlich außen, event. auch innen, gereinigt und desinfizirt werden, wie die Aerzte und Hebammen sich möglichst aseptisch herrichten, wie alles Material steril ist, so möge man auch grundsätzlich möglichst in jedem Falle, unbedingt aber in den schon erkrankten, unmittelbar nach der Geburt und der Reinigung der Frau, noch auf dem Gebärbette, hoch in die Scheide event. bis in die offene Cervix oder die Gebärmutterhöhle eine Collargol-Vaginalkugel einschieben und den

Digitized by Google

Scheideneingang dann mit steriler Gaze locker ausfüllen. Nach Bedarf kann Globulus und Gaze erneuert werden Das Collargol löst sich langsam, dringt in alle Risse und Spalten ein, ohne der lebenden Zelle zu schaden, sterilisirt die Secrete und wird zum Teil resorbirt. Natürlich wird man nicht jede Infektion verhindern können, da oft die Geschlechtsteile schon vorher erkrankt sind, oder die Infektion eine sehr virulente ist. Eine Milderung und Verlangsamung der Erkrankung wird man aber auch dann erzielen, dies ist schon ein sehr bedeutender Gewinn.

Treten örtliche oder allgemeine Infectionserscheinungen auf, so beginnt Cr. mit Ausspülungen von Collargolwasser, 1 : 2000 bis 5000, und legt darauf wieder einen Globulus ein, der bis zur nächsten Ausspülung desinfizirend wirkt, oder, wenn die Gebärmutter selbst mehr beteiligt ist, so führt er ein Collargolstäbchen 1—2mal täglich in dieselbe ein, ebenso wie er dies bei Infektionen der Harnröhre und Blase tut. Bei allgemein septischen Erscheinungen beginnt Verf. aber sofort mit der Silberschmierkur oder mit Collargolklysmen oder in ernsteren Fällen mit intravenösen Collargolinjektionen von zunächst je 8—10 ccm der 2proz. Lösung.

Statt der Vaginalkugeln könnte man auch in sterilen Mull eingeschlagene Collargoltabletten einführen, doch ist dies etwas umständlicher. Zur Prophylaxe bei Laparotomien hat C. vor Jahren schon vorgeschlagen, Collargolpillen in die freie Bauchhöhle einzulegen. Bei dem Prinzip dieser Behandlung ist er bis heute geblieben. Es ist aber mittlerweile ein absolut haltbares Collargol in den Handel gekommen und deshalb gebraucht er keine Pillen mehr, sondern die viel bequemere 1proz. Collargollösung. Alle freigelegten Teile der Bauchhöhle, sowie andere Höhlen und Wunden begießt er etwas mit dieser Lösung, so daß diese gewissermaßen mit einer Silberhaut überzogen sind, die jedenfalls einen erhöhten Schutz gegen Infektion gewährt. Die Zusammensetzung der Globuli vaginales ist: Collargol 0,5 (bis 1,0), Talc. pulv. 0,5 (bis 1,0), Ol. cacao 19,0 (eventuell 18,0), fiant globuli No. 10.

Für die Bacilli Collargoli: Sacch. alb. 4,0, Gummi arab. 3,0, Sacch. lact. 2,0, Adeps Lan. 1,0, Glycerin, Aq. dest. q. s., Collargol. q. s. ad 2proz. Diese Masse gibt etwa 8 Stäbchen von 4 mm Dicke und 8 cm Länge. Sehr empfehlenswert sind auch die Klien'schen Collargolstäbchen und die Noffke'schen In einer Blech- oder Glasbüchse halten sich die Kugeln und Stäbchen unbeschränkt lange.

Collargolflecke lassen sich aus der Wäsche ohne Weiteres auswaschen.

Digitized by Google

Unter den Namen der **exsudativen Diathese** will A. Czerny (Jahrb. f. Kinderheilk.) eine Anzahl von Symptomen zu einem einheitlichen Krankheitsbilde zusammengefaßt wissen, die nach der klinischen Beobachtung zusammenzugehören scheinen. Ein Teil von ihnen wurde bisher der Skrofulose im weitesten Sinne zugezählt. Doch ist es besser, einen anderen Namen zu wählen, weil die Bezeichnung als Skrofulose sofort die Beziehungen zur Tuberkulose denken läßt, während die hier besprochenen Dinge mit dieser nichts zu tun haben. Es handelt sich um eine angeborene Veranlagung zu Exsudationen an Haut und Schleimhäuten, welche sich vielfach als ererbt nachweisen läßt und die oft schon im ersten Lebensjahre, ja in den ersten Wochen in die Erscheinung tritt. Eines ihrer ersten Symptome sind die Epitelverdickungen und Desquamationen der Landkartenzunge. Nächstdem findet sich länger verharrender „Gneis" auf der Höhe des Schädeldaches mit deutlichem Nässen nach Ablösung der Schuppen und der „Milchschorf", d. h. jene umschriebenen, geröteten, schuppenden Stellen in Gesicht und der Nähe der Ohrmuschel. Häufig entwickelt sich auf der Basis dieser Affektion ein hartnäckiges, sekundäres, nässendes Ekzem. Hierher gehört ferner die Neigung zu Strophulus (Czerny gibt die Bezeichnung Prurigo an, die behufs Vermeidung von Mißverständnissen besser auf die typische, streng lokalisierte Hauterkrankung beschränkt bleibt) und diejenige zu Wundsein und zu intertriginösen Ekzemen in den Hautfalten. Aehnlich wie die Haut sind auch die Schleimhäute zu Exsudationen geneigt. Daher die Häufigkeit redizivierender Bronchitiden, von Pharyngitis, Angina usw., die allmählich zu hyperplastischen Zuständen des lymphatischen Rachenringes zu führen pflegen. Abhängig von rezidivierenden Entzündungszuständen in den Rachenmandeln können schubweise Attacken von mehr oder weniger fieberhaften Störungen auftreten, welche eine Dyspepsie vortäuschen. Auch für Otitiden und Drüsenschwellungen ist die Pharynxtonsille von Bedeutung. Endlich rechnet Czerny zur exsudativen Diathese noch die Phlyktaenen, die Blepharitis, Balanitis und Vulvitis. Für die exsudativn Diathese sind drei Dinge von ausschlaggebender Bedeutung: die Art der Ernährung, der Zustand des Nervensystems und interkurrente Infektionen. In erster Hinsicht ist besonders jede Art von Mästung zu fürchten, die auf Jahre hinaus die Grundlage lästiger Symptome wird. Kinder mit exsudativer Diathese müssen vorwiegend vegetarisch und mit sorgfältiger Einhaltung knapper Mengen genährt werden. Die vegetabilische Kost muß durch kleine Mengen Milch und Fleisch ergänzt werden. Eier sind zu widerraten.

Digitized by Google

Fett zur Vermeidung von Mästung nur als kleine Quantität von Butter zu erlauben. Süßigkeiten sind zu vermeiden. Macht sich die Disposition schon im ersten Jahre geltend, so ist auf geringe Gewichtszunahme zu dringen und möglichst früh zu gemischter Kost überzugehen. Der Erfolg der neuen Diät äußert sich in einer Abmilderung und Verringerung der Anfälligkeit und in dem Rückgang bereits bestehender Erscheinungen. Wichtig ist fernerhin die Sorge dafür, daß diese anfälligen Kinder nicht durch dauernde Behandlung Neuropathen werden. Die Fernhaltung schädlicher komplizierender Infektionen in reiner, keimarmer Luft (Landaufenthalt) ist in möglichster Ausdehnung anzustreben.

Verschiedenes.

Nutzen der Schutzpockenimpfung. In Madras betrug die Zahl der Pockentodesfälle 1874: 869 und stieg bis 1884 auf 4064; 1884 wurde der Impfzwang eingeführt und seither beträgt die Pockenmortalität stets unter 10.

Anzeige.

Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege. Nach einer Mitteilung des ständigen Sekretärs, Dr. Pröbsting in Köln a. Rh., wird die diesjährige Jahresversammlung des Vereins in den Tagen vom 13.—16. September in Mannheim stattfinden, kurz vor der am 24. September beginnenden Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Meran.

Folgende Verhandlungsgegenstände sind in Aussicht genommen:

1. Typhusbekämpfung;
2. Die Bedeutung öffentlicher Spiel- und Sportplätze für die Volksgesundheit;
3. Müllbeseitigung und Müllverwertung;
4. Schwimmbäder und Brausebäder;
5. Selbstverwaltung und Hygiene.

Redakteur: Sanitätsrat Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro. 7. XLV. Jahrgang Juli. 1905

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Zwei eigenartige Fälle von Genickstarre; Orginalartikel von Dr. Strube in Laskowitz. — Die perkutane Jodapplikation. — Ueber die Hirschsprung'sche Krankheit und über Muskelrheumatismus. Ueber Geisteskrankheit und Anstaltsbedürftigkeit. — Ueber die Vorteile der trocknen Wundbehandlung. Nachbehandlung nach Operation der Rachenmandel. — Ueber die Schmerzlinderung in der Geburt mit der Skopolamin-Morphium Analgesie. Die Diagnose in den frühen Monaten der Schwangerschaft.

Zwei eigenartige Fälle von Genickstarre.

Originalartikel von Sanitätsrat Dr Strube in Laskowitz.

Zu einer Zeit in der die Mening. cerebr. spin. besondere Aufmerksamkeit erregt, könnte es von Wert erscheinen, wenn praktische Aerzte ihre Wahrnehmungen bei dieser Krankheit mitteilen.

Im Sommer 1893 traten in Laskowitz 2 Fälle (Knaben von 13—14 Jahren) dieser Krankheit plötzlich auf, die insofern Interesse darboten, als beide zu gleicher Zeit und unter gleichen Verhältnissen eintraten und keine weitere Erkrankungen veranlassten.

Der Sohn eines Hausierers wurde geheißen, den Pferdestall auszumißten, der Stall war ein enger, ventilloser finstrer Raum, in dem der Dünger schon 4—6 Wochen festgetreten faulte. Der Knabe sah ein, daß er diese schwere Arbeit allein nicht leisten konnte und nahm einen Kameraden zur Hülfe. Beide griffen tüchtig zu, erhitzten sich stark und nahmen, weil der Gestank unerträglich war, im nahen Teiche ein Reinigungsbad.

Drei Tage darnach erkrankte der Hausiererssohn, vier darnach der Kamerad an hohem Fieber, nach vorangegangenem Schüttelfrost, Erbrechen, heftigem Kopfweh, Schmerzen im Nacken und ganzen Rücken, drei Tage später an Epistotonus, Trismus, Strabismus und Zuckungen in Armen und Beinen, eingezogenem Bauche, später an Otitis profunda.

Der Hausiererssohn starb nach 4 Wochen trotz zeitweiser Besserung; der Kamerad genaß nach 10 Wochen, schielend, halb taub, an Armen und Beinen atactisch. Er

Digitized by Google

ist zwar stark geworden, jedoch mit schlenkerndem Gange, früher gutmütig, jetzt jähzornig, halb taub.

Beide Fälle sind von mir dem Kreisarzt vorgestellt und als Meng. cerebro-spinalis anerkannt. Trotz uneingeschränkten Verkehrs und nicht angewandter Desinfektion kamen keine weiteren Erkrankungen vor.

Der Meningococcus ist gefunden und wird als Krankheitserreger betrachtet, obgleich Westenhöfer ihm diese Stelle nicht ganz zuteilt.

Soviel steht bei meinen Fällen fest, daß sie Pilze und Pilzkeime. Fäulniserreger in großen Massen durch Nase und Mund stundenlang eingeatmet haben, die Atmung erfolgte heftig, weil die Arbeit schwer war und Erhitzung herbeiführte. Ob nun Meningo-coccus in dem Dünger sich befand, will ich dahingestellt sein lassen. Jedenfalls ist anzunehmen, daß Nase, Rachen und Mund durch ammoniakalische Zersetzungsprodukte stark gereizt worden sind und die Erkrankung dort begonnen hat; als ärztliche Hilfe beansprucht wurde, waren die Meningnen bereits erkrankt und auf eine diffuse Halsentzündung wurde nichts gegeben.

Ob hier nun die Erhitzung bei der Arbeit und die beschleunigte Atmung die befördernden Momente gewesen sind, durch welche Pilzkeime der Blutzirkulation rasch zugeführt und durch die Siebplatte in die Meningeal Gefäße geleitet wurden, ist anzunehmen.

Die Therapie hatte keinen Einfluß auf den Verlauf der Krankheit und mußte sich auf Milderung der Schmerzen beschränken.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Die perkutane Jodapplikation. Von G. Westenberg. (Therapeutische Monatshefte. April 1905.) Die interne Darreichung der Jodsalze, von welchen vor allem das Jodkalium und Jodnatrium in Betracht kommen, ruft bei sehr vielen Patienten, selbst bei Einführung nur geringer Dosen, sehr bald eine derartig starke Magenverstimmung, Appetitlosigkeit usw. hervor, daß die Anwendung oft für längere Zeit ausgesetzt werden muß. Als Ersatz für das Jodkalium sind daher die Jodfette — unter ihnen besonders bekannt wohl das Jodipin — eingeführt worden, deren Geschmack indessen den Patienten häufig widersteht und deren Gebrauch nach Angabe verschiedener Autoren auch bald Verlust des Appetites verursacht. Man hat daher versucht, durch äußerliche Anwendung von Jodpräparaten eine Einverleibung dieses in so vielen Fällen unersetzbaren Heilmittels zu erzielen: am nächsten lag da die Verwendung von Jodtinktur, welche aber nur in sehr geringem Maße

Digitized by Google

resorbiert wird, ganz abgesehen davon, daß nach mehrmaliger Applikation derselben die Haut sich in Fetzen abzulösen pflegt. Ebenso versagen Jodkalium-Bäder in den meist gebrauchten Konzentrationen. Jodkalium-Salben werden ebenfalls verhältnismäßig schlecht resorbiert, wie durch wiederholt vorgenommene Untersuchungen des Harnes auf seinen Jodgehalt nach Applikation von Dauerverbänden nachgewiesen werden konnte. Auch das Jodipin konnte perkutan nicht erfolgreich angewendet werden; auch wenn man die Einreibung in größerem Umfange längere Zeit hindurch fortsetzt, erfolgt keine Resorption, der Harn bleibt jodfrei. Ebenso werden das Jodvasogen und die sonstigen Jodvasolimente von der Haut aus gleichfalls nur schlecht resorbiert. Schließlich ist als Ersatz für die interne Darreichung der Jodkalien hier noch die subkutane Anwendung des Jodipins zu erwähnen, auf welche Weise durch Einspritzung größerer Jodipinmengen ein für Monate reichendes Depot von Jod im Körper angelegt werden kann, doch stellt die subkutane Applikation einer größeren Menge Jodöl aber einen unbequemen Eingriff dar, der von vielen Patienten wegen der mit der Einspritzung verbundenen Schmerzen nur ungern zugestanden wird. Da also das so wichtige Problem der Jodapplikation unter Umgehung des Magen-Darmkanals in zufriedenstellender Weise bislang noch nicht gelöst war, benutzte Verf. die Gelegenheit, ein neues epidermal anzuwendendes Jodpräparat, das Jothion der Farbenfabriken vormals Friedr. Bayer u. Co., Elberfeld, auf seine Resorbierbarkeit und Ausscheidung eingehend zu untersuchen. Das Jothion mit welchem Namen das Dijodhydroxypropan kurz belegt ist, stellt eine gelbliche ölartige Flüssigkeit dar von dem spezifischen Gewicht 2,4 bis 2,5; es löst sich in Wasser etwa 1 : 75—80, in Glyzerin etwa 1 : 20, in Olivenöl 1 : 1,5 während es mit Alkohol, Aether, Chloroform, Benzol, Vaselin, Lanolin usw. in jedem Verhältnis mischbar ist; in Benzin erwies es sich als so gut wie unlöslich. In wässeriger Lösung wird das Jothion nur sehr langsam zersetzt, ebenso bei Gegenwart von Säuren; Alkalien dagegen, selbst doppelkohlensaures Natron von der Stärke der Blutalkaleszenz (0·5 pCt.) führen das organische Jod rasch in die anorganische Form über („Verseifung"). Der Jodgehalt beträgt 71·74 beziehungsweise 72·06 pCt.; in Zukunft wird es jedoch einen Jodgehalt von etwa 78—80 pCt. aufweisen.

Verreibt man Jothion auf der Haut, z. B. auf der Brust, so erscheint sehr bald, meist nach 40—60 Minuten im Harn und Speichel die erste Jodreaktion, welche anfangs schwach, nach einer Stunde meist sehr deutlich ist; je nach der eingeriebenen Menge ist dann Jod meist 3—4 Tage lang nachzuweisen, wobei die Reaktion in der letzten Zeit natürlich

Digitized by Google

an Intensität abnimmt. Selbst beim Verreiben nur sehr geringer Mengen des Präparates tritt bald Jod im Harn und Speichel auf, während bei der Anwendung derselben Jodmenge in Form des Jodvasogens die Jodausscheidung gleich Null ist. Um die Jodausscheidungskurve nach einmaliger Jothion-Einreibung festzustellen, bediente sich W. der von Anten angegebenen Untersuchungsmethode, welche auf der kolorimetrischen Bestimmung des Jods beruhend, bei einiger Uebung genügend genaue Resultate gibt: 20—50 cm^3 des Harnes werden in einer Nickelschale mit jodfreiem Kalihydrat verkohlt und dann mit Salpeter bei möglichst niedriger Temperatur weiß gebrannt; die farblose, filtrierte wässerige Lösung, eventuell ein aliquoter Teil derselben, wird in einer Howaldschen Schüttelflasche nach dem Ansäuern mit Schwefelsäure mit genau 10 cm^3 Schwefelkohlenstoffgas gut durchgeschüttelt. In einer zweiten Howaldschen Flasche wird eine der Harnaschenlösung entsprechende Menge gesättigter Natriumsulfatlösung mit je 10 Tropfen verdünnter Schwefelsäure und 1 pCt. Natriumnitritlösung versetzt und dann ebenfalls genau 10 cm^3 Schwefelkohlenstoff hinzupipettiert; aus einer Bürette läßt man dann in kleinen Mengen solange Jodkaliumlösung, die genau 0·2 g. KJ im Liter enthält, hinzufließen, bis in beiden Röhren der Schwefelkohlenstoff gleiche Jodfärbung aufweist. Die Howaldschen Schüttelflaschen sind weite zylindrische, etwa 200 cm^3 fassende Gefäße mit ganz kurzem Hals und eingeschliffenem Glasstopfen, die unten in ein 10 cm langes, etwa 12 mm weites Rohr mit flachem Boden endigen; der Durchmesser dieses Rohres muß natürlich bei beiden Gefäßen, die man zur Bestimmung nötig hat, gleich sein. In einigen Fällen gelang es auch bei wiederholter Veraschung nicht, eine nach dem Absetzen blanke Schwefelkohlenstoff-Jod-Mischung zu erzielen. Dieselbe war vielmehr derartig getrübt, daß ein sicherer kolorimetrischer Vergleich unmöglich war.

Wesenberg unternahm in der Folge genaue Versuche zur Konstatierung der Resorbierbarkeit des Jothions vom lebenden, indem er die ausgeschiedene Jodmenge durch Tage hindurch feststellte und konnte bei seiner Versuchsperson sehen, daß bei längerer Jothionanwendung bis zu etwa 50 pCt. des Jothions zur Resorption gelangten.

Das Vermögen des Jothions, die Haut in so reichlichem Maße zu durchdringen, legt nun die Frage nahe, wie es gegenüber den verschiedenen Mikroorganismen, welche auf der menschlichen Haut anzutreffen sind, wirkt; als solche kommen vor allem die Eitererreger und die verschiedenen, Haarkrankheiten verursachenden Fadenpilze in Betracht, weshalb W. einige Desinfektionsversuche mit Staphylococcus aureus, Bacillus pyocyaneus, Trichophyton ton-

Digitized by Google

surans, Achorion Schoenleinii und Mikrosporon Audouini anstellte.

24stündige Bouillonkulturen von Staphylococcus aureus wurden durch Zusatz von 1 Vol.-Proz. Jothion, so daß also ein kleiner Teil des Jothions ungelöst blieb, innerhalb 3 Minuten abgetötet. Der Bacillus pyocyaneus erwies sich nach 3 Minuten langer Einwirkung von Jothion nicht beeinflußt, nach 6 Minuten machte sich deutliche Entwicklungshemmung bei der Uebertragung in frische Bouillon bemerkbar, während nach 10 Minuten Abtötung erfolgt war. Die Fadenpilze Trichophyton tonsurans, Achorion Schoenleinii und Mikrosporon Audouini, welche nach dem Zerreiben der Agar-Oberflächenkulturen mit sterilem Sande mit der gesättigten Jothionslösung übergossen wurden, waren bereits nach 5 Minuten langer Einwirkung völlig abgetötet, obwohl sie reichlich Sporen gebildet hatten. Diese bakteriologischen Versuche lassen eine eingehende Prüfung des Jothions bezüglich seiner Anwendbarkeit bei Erkrankungen der Haut und der Haare berechtigt erscheinen. Aus den vorstehend berichteten chemischen Versuchen ergibt sich, daß in dem Jothion ein Jodpräparat vorliegt, welches bei perkutaner Applikation die Einführung nicht unbeträchtlicher Mengen Jod in den Organismus gestattet, indem es bis zu etwa 50 pCt. von der Haut aus zur Resorption gelangen kann. Bei einzelnen Personen mit besonders empfindlicher Haut ruft es nach der Einreibung im unverdünnten Zustande mitunter leichtes, vorübergehendes Brennen hervor, welches aber durch Verdünnen mit Oel, Vaselin oder Lanolin völlig aufgehoben werden kann. Selbst bei längerer regelmäßiger Anwendung des Jothions in größeren Dosen sind Störungen des Magen-Darmkanales nicht oder doch nur in verschwindend geringem Maße beobachtet worden selbst bei Personen, welche gegen kleinste Dosen Jodalkalien sofort mit starken Magenverstimmungen reagieren. W. hält damit das Problem der Jodapplikation unter Ausschaltung der internen Medikation für gelöst.

II. Medicin.

Unter „Hirschsprungscher Krankheit" verstehen wir jene Fälle von chronischer Kot- und Gasstauung im Darm, bei denen wir anatomisch eine abnorme Weite des Dickdarms anzunehmen berechtigt sind und deren Entstehung sich im Säuglingsalter, sogar bis in die ersten Lebenstage zurück, konstatieren läßt. Mit dieser Definition leitet Ibrahim einen interessanten Beitrag zur Pathogenese der Krankheit ein (Deutsch. med. Wochenschr. 1905 No. 23). Denn er beweist, daß eine primäre Mißbildung, insbesondere

Digitized by Google

ein partieller Riesenwuchs einzelner Darmteile, die dann durch Verlagerung jene tiefsitzende Stenose bedingen, zur Erklärung der Krankheit unbedingt nötig ist. I. hat nämlich auf der Säuglingsabteilung ein 8 Wochen altes Kind genauer beobachten können, bei welchem ein abnorm langes und hypertrophisches S-romanum vorhanden war, welches, offenbar durch falsche Lagerung, das Hirschsprungsche Symptombild deutlich hervorrief. So zeigt der Fall, daß ein abnorm langes S-romanum genügt, um den Hirschsprungschen Symptomenkomplex in Erscheinung treten zu lassen.

Es wird oftmals vom Praktiker als Lücke empfunden, daß auf dem Gebiete der Erkrankungen des Bewegungsapparates Anatomie und Klinik noch verhältnismäßig so wenig Aufklärung gegeben haben, um so mehr, als es sich um alltägliche und dabei schmerzhafte und behandlungsbedürftige Krankheiten handelt. Wir möchten als Typus den Lumbago hinstellen, für dessen oft so plötzliches Auftreten und für dessen ausgeprägte Symptome uns jede theoretische Basis fehlt. Nur über die Entstehung der Affektion sind wir etwas aufgeklärt: als ätiologisshe Momente kennen wir für solche Muskelerkrankungen einerseits das Trauma, die Ueberdehnung, Ueberanstrengung, Uebermüdung, andererseits das Rheuma, die Erkältung, die gerade hier ihre von mancher Seite gering angeschlagenen Einflüsse aufs deutlichste geltend macht. Und wie der Lumbago, so verhält sich auch der Muskelrheumatismus im Gebiete der Nackenmuskeln, der Schultermuskeln — von Neuralgien der Zwischenrippenräume schwer zu unterscheiden —, der Bauchmuskeln, welch letztere, wenn ihre Ansätze in der Gegend des Schwertfortsatzes schmerzhaft sind, leicht mit Magenschmerzen verwechselt werden. Welches Substrat der Erkrankung der Muskulatur liegt hier vor? Sind nur leichte vasomotorische Störungen mit etwas entzündlichem Oedem vorhanden, oder sind in dem oft hartnäckig erkrankten Muskel stärkere Veränderungen wie Zellinfiltration oder Zellvermehrung nachweisbar? Oder endlich, sind die sonst empfindungslosen, sensiblen Nerven der Muskeln besonders ergriffen und schmerzhaft? Solche Fragen sind nicht bloß theoretischer Natur, sondern müssen bei den oft vorhandenen Schwierigkeiten, welche die Therapie bietet, die an Widersprüchen reich und von individuellen Einflüssen sehr abhängig ist, immer aufs neue dem Praktiker sich aufdrängen. Weshalb wirken in dem einen Falle die Antirheumatica, in dem anderen gar nicht, warum wird durch Massage die Schmerzhaftigkeit bald herabgesetzt, bald leider bedeutend gesteigert, wie ist der oft nachteilige Einfluß der Kälte, die vorteilhafte der Wärme zu erklären, weshalb erzielt gerade die Faradisation nicht selten vorzügliche Erfolge? Bisher ist zur Er-

Digitized by Google

örterung des Wesens solcher Muskelerkrankungen kaum Gelegenheit gewesen, vor allem weil die anatomische Untersuchung allzu selten ausgeführt worden ist, und weil sie überdies, wenn vorgenommen, mit den angewandten Methoden keine befriedigenden Resultate ergab. Wir müssen deshalb vorläufig unsere Aufmerksamkeit auf Ergebnisse lenken, welche die seltneren, schweren und infektiösen Erkrankungen der Muskeln zutage gefördert haben. Man kennt bekanntlich solche Affektionen seit längerer Zeit. Es handelt sich um die infektiöse Polymyositis, die oft unter Mitbeteiligung der Haut als Dermatomyositis, oder der zuführenden Nervenstränge als Neuromyositis, beschrieben worden ist. Kürzlich hat Sick akute rezidivierende Polymyositis in epidemischem Auftreten beobachtet (Münch. med. Wochenschr. No. 23 und 24, 1905). Aber auch hier fiel leider die mikroskopische Untersuchung eines exzidierten Muskelstückchen völlig negativ aus. Trotz der heftigen Schmerzen in der gesamten Skelettmuskulatur konnte mikroskopisch keine nennenswerte Veränderung in der Struktur der Muskelfasern festgestellt werden. Nur einige neue Momente wurden klinisch hinzugefügt: die Möglichkeit des epidemischen Auftretens der Erkrankung, da es sich auf eine ganze Anzahl Wärterinnen in der Klinik erstreckte, und ferner die Rezidivfähigkeit, die sich in einer größeren Anzahl von Schüben präsentierte. Immerhin bleibt für die Erforschung der Muskelerkrankungen das meiste noch zu tun übrig. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung.)

Ueber Geisteskrankheit und Anstaltsbedürftigkeit berichtet Dr. Gross in Schussenried (Württemb med. Corr.-Bl. 25/05.) Der Laie ist geneigt, diejenigen Krankheiten für die gefährlichsten zu halten, die durch ihr äußeres Verhalten, Lärmen, Schreien, Toben, am meisten in die Augen fallen. Nun ist es ja richtig, daß es hierbei auch zu Gewalttätigkeiten, sogar Körperverletzungen kommen kann, insbesondere dann, wenn irgendwelche ärztliche Anordnungen z. B. Applikation von Bädern, Wickel, Injektionen, ausgeführt werden sollen, wobei die Kranken sich eben mit allen Kräften gegen die ihnen lästigen Maßnahmen wehren. Meist handelt es sich dabei jedoch um Kranke, die nicht mehr fähig sind, irgendeine vorbedachte, zielbewußte Handlung auszuführen, weil sie durch jeden äußeren Eindruck oder auch durch irgendwelche endogene Reize leicht abgelenkt werden. Ganz besonders häufig ist dies der Fall bei Maniakalischen und bei der Amentia. Indessen wäre es wie bei der Indikation der Heilbarkeit durchaus verkehrt, wollte man die Frage der Gemeingefährlichkeit abhängig machen von der Krankheitsform; hier ist jedes Krankheitsbild für sich zu betrachten, nach allen Richtungen hin aufzuklären und vor allem zu beachten der Zustand des Be-

Digitized by Google

wußtseins, das Vorhandensein bezw. die Möglichkeit starker Affekte, insbesondere von Angstgefühlen, dann die Beeinflussung durch Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. Am häufigsten treffen diese Voraussetzungen zusammen bei der Epilepsie und dem alkoholischen Delirium; diese beiden Formen geistiger Störung sind denn auch die weitaus gefährlichsten. Liest man doch ganz besonders häufig von Gewalttaten brutalster Art, die durch Trinker begangen worden sind, wobei es sich allerdings nicht immer bloß um das sogenannte Delirium tremens zu handeln braucht, auch dem Eifersuchtswahn der Trinker oder der allgemeinen alkoholischen Degeneration begegnet man häufig genug. Bei den Epileptikern kommt es besonders häufig in den Dämmerzuständen zu Delikten, aber auch die typische Degeneration der Epileptiker, wie sie Wildermuth an der Hand zahlreicher Erfahrungen mit dem treffenden Ausdruck „das Wort Gottes im Mund, den Teufel im Herzen" kennzeichnet, liefert ein erkleckliches Kontingent dazu. Im allgemeinen macht man die Beobachtung, daß die Gemeingefährlichkeit der Alkoholiker mehr in der Brutalität der Gewalthandlungen, die der Epileptiker in etwas milderer Form, vor allem Verstöße gegen die Sittlichkeit u. a. in Erscheinung tritt, während freilich auch bei ihnen Gewalthandlungen noch häufig genug sind. Diese beiden Formen geben denn auch den Behörden am meisten Anlaß zum Eingreifen, insbesondere sind Begutachtungen von Epileptikern in den Anstalten recht häufig.

Alle anderen Formen geistiger Störung treten denn auch gegenüber dem Alkoholismus und der Epilepsie in der Frage der Gemeingefährlichkeit weit zurück. Am häufigsten noch können Paranoiker ihrer Umgebung gefährlich werden, insbesondere dann, wenn sie zugleich unter der Herrschaft von Sinnestäuschungen stehen. Ihre Gefährlichkeit kann um so größer werden, als ihre Gewalttaten vielfach von langer Hand vorbereitet sind und der Betreffende, gegen den sie gerichtet sind — nicht selten sind es Aerzte — auch nicht die geringste Ahnung davon hat. Hoche hält in dieser Hinsicht die hypochondrische Form der Parania für ganz besonders gefährlich, da derartige Kranke mit Vorliebe den Aerzten die Schuld an ihrem vermeintlichen wahnhaft bedingten Leiden geben. Gefährlich können auch Katoniker werden, besonders deshalb, weil ihre Handlungen vielfach einen ganz impulsiven Charakter tragen, die als plötzliche Lösung schwerer innerer Spannungszustände aufzufassen sind. Weiter kommen noch in Betracht das impulsive Irresein, der Schwachsinn in seinen verschiedenen Formen, Hysterie und, wie oben schon angeführt, auch Neurasthenie, überhaupt gibt es wohl kaum eine Form geistiger Störung, die nicht unter Umständen forensisch werden könnte.

Digitized by Google

Eine ganz eigenartige Stellung nimmt die Melancholie in der Frage der Gemeingefährlichkeit ein. Man ist ja geneigt, in erster Linie mit Rücksicht auf die große Selbstmordgefahr sie für anstaltsbedürftig anzusehen und es ist gewiss richtig, daß in dieser Hinsicht kein Geisteskranker schwerer zu beurteilen ist, als der Melancholiker. Lehren doch zahlreiche Fälle in den bestgeleiteten Anstalten, daß trotz peinlich und pünktlich ausgeführter Maßregeln zur Verhütung des Selbstmords doch immer wieder solche vorkommen. Allein man darf dabei nicht vergessen, dass der Drang der Selbstvernichtung, hervorgehend aus der Wahnidee der Versündigung und des Verlorenseins mit stark depressivem Affekt, keineswegs auf die Person des Kranken beschränkt bleibt, sondern sich auf den ganzen Interessenkreis desselben, also die Umgebung, Frau und Kinder erstrecken kann; fallen ihnen doch manchmal ganze Familien zum Opfer. Hoche*) hat unlängst im Auftrag des deutschen Vereins für Psychiatrie eine äußerst interessante Untersuchung darüber angestellt, wie häufig von Selbstmördern fremdes Leben mit vernichtet wird. Danach sind im Laufe von zwei Jahren allein 111 Kinder von geisteskranken Selbstmördern ums Leben gebracht worden, wobei Hoche noch betont, daß das sicher nur einen Teil des tatsächlich Vorgekommenen betreffe. Und zwar waren es im Jahre 1902 18 Männer und 22 Frauen, im Jahre 1903 31 Männer und 36 Frauen, die beim Selbstmord gleichzeitig auch dritte Personen umbrachten. Von Interesse ist weiter die Tatsache, daß die hierbei inbetracht kommenden Frauen größtenteils Melancholiker, die Männer dagegen chronische Alkoholisten waren. Die Feststellungen ergaben weiter, daß es sich namentlich bei der weiblichen Melancholi häufig um Krankheitsfälle von bereits längerer Zeitdauer handelte, deren Gewalttaten durch eine frühzeitige Verbringung in die Anstalt hätten verhütet werden können, und mit Recht weist Hoche einen kleinen Teil der Schuld an diesen Opfern, die meist Kinder betreffen, denjenigen zu, die in der Presse, im Parlament und in Versammlungen das Mißtrauen gegen die Anstalten aussäen. Für den Hausarzt erwächst hieraus die Pflicht, in derartigen Fällen seine ganze Autorität einzusetzen, wenn ein derartiges Mißtrauen oder Vorurteil den in solchen Fällen einzig richtigen Weg, Verbringung in Anstalten bei Melancholikern κατ' ἐξοχήν streng indiziert ist, so ist sie auch bei den Depressionszuständen überhaupt angezeigt, wie sie bei Neurasthenie, Hysterie, Paranoia und auch bei der Paralyse auftreten können u. a. Bei der letzteren Krankheitsform läßt allerdings, wenigstens in den späteren Stadien, der starke Schwachsinn einen Selbstmord nicht sehr

*) Hoche, Ueber die Gefährlichkeit Geisteskranker. Medizinische Klinik 1904.

Digitized by Google

wahrscheinlich erscheinen, in den Anfangsstadien jedoch, die bald unter der Maske der Melancholie oder Neurasthenie in die Erscheinung treten können, sind doch schon wiederholte Suicide zur Beobachtung gelangt.

Kein Kranker versteht erfahrungsgemäß besser zu dissimulieren als der Melancholiker, während es andererseits wieder vorkommen kann, daß es gerade denjenigen unter ihnen, die täglich von Selbstmord sprechen, an der nötigen Kraft zur Durchführung ihres Vorhabens fehlt. Nur durch beständige peinliche Ueberwachung Tag und Nacht hindurch, beim Ankleiden, Essen, während des Schlafs, beim Verrichten ihrer leiblichen Bedürfnisse, während des Aufenthalts im Garten ist der Selbstmord zu verhüten. Eine solche Ueberwachung läßt sich in der Familie nur unter den allergünstigen Umständen ausüben, wie sie nur bei wenig Sterblichen vorhanden sind. Für die weitaus größte Mehrzahl von derartigen Kranken kann nur Anstaltsverpflegung inbetracht kommen und ich rate jedem Kollegen, jede Verantwortung von vornherein abzulehnen, wenn man seinen Rat auf alsbaldige Verbringung in eine Anstalt nicht nachkommt.

Eine weitere absolute Indikation für die Anstaltsverpflegung ist die Gefahr der Verwahrlosung, die um so größer ist, je größer die Pflegebedürftigkeit und je ungünstiger die äußeren Verhältnisse sind. Droht z. B. Druckbrand bei einem Paralytiker im letzten Stadium, so erfordert dessen Pflege ein kaum weniger geschultes und jederzeit frisches Wartpersonal als bei Melancholikern. Kann man es doch erleben, daß eine Nacht, in welcher der Kranke in seinen Exkrementen liegen bleibt, genügt, schweren Druckbrand hervorzurufen. Es gebührt Gudden bekanntlich das große Verdienst, darauf hingewiesen zu haben, daß der Druckbrand nicht hervorgerufen ist durch innere trophische Vorgänge, sondern lediglich als Folgezustand anzusehen ist äußerer Schädlichkeiten, die durch gewissenhafte und peinliche Verpflegung wohl vermieden werden können. Eine solche Verpflegung ist aber für das Gros der Menschheit nur möglich in einer modernen Wachabteilung. Seit Jahren hat man denn auch in Schußenried keinen schweren Dekubitus mehr gehabt, allerdings muß man zugeben, daß es auch nicht gelungen ist, ihn ganz zu verhüten; leichte Ablösungen der Oberhaut sind, trotz strenger Kontrolle und Anwendung der bekannten Mittel, wie Luftkissen, Bäder, häufigen Lagewechsel, wohl noch vorgekommen, doch haben sie nie mehr die Ursache eines beschleunigten Exitus abgegeben.

Zu den Symptomen, welche die häusliche Verpflegung überaus erschweren, in weitaus den meisten Fällen ganz unmöglich machen und somit als absolute Indikation für die

Digitized by Google

Anstaltsverpflegung zu gelten haben, gehört schließlich noch die Nahrungsverweigerung, die in einer Anzahl von Psychosen auftreten und in einzelnen Fällen jahrelang künstliche Ernährung notwendig machen kann. Am häufigsten findet sie sich als Teilerscheinung des Symptomenkomplexes, der die Katatonie charakterisiert und als Negativismus bezeichnet wird. Bekanntlich erzeugt bei derartigen Kranken jede Vorstellung eine stärkere Gegenvorstellung, die die Ueberführung des ersten Impulses in die Handlung hindert und so einen Zustand schwerer innerer Spannung hervorruft, der wohl einmal impulsiv plötzlich durch irgend eine Gewalthandlung, wie oben schon erwähnt, sich Luft verschafft, in der Regel jedoch in Form schwerster Stuporzustände zum Ausdruck gelangt, mit völlig abweisendem Verhalten gegenüber der Umgebung und mit Störungen auf vasomotorischem Gebiet der verschiedensten Art. Manchmal lassen die Kranken die künstliche Ernährung vermittelst Einführung der Magensonde ganz willenlos über sich ergehen, in einer Anzahl von Fällen jedoch ist sie nur unter starkem passiven Widerstand möglich, so daß die Beiziehung mehrerer Hilfspersonen für den Arzt unumgänglich nötig werden kann.

Die Nahrungsverweigerung kann indessen auch durch Wahnideen motiviert sein, bei Paranoia z. B. dadurch, daß sich der Kranke durch Seifen vergiftet glaubt, der Melancholiker will durch Verhungern seinem Leben ein Ende machen, oder glaubt, er verdiene nicht mehr zu essen; in allen diesen Fällen kann es zu heftigem Widerstreben bei der künstlichen Ernährung kommen. Die Nahrungsverweigerung ist regelmäßig mit einem erheblichen Niedergang des allgemeinen Ernährungszustandes verbunden, der anderseits wieder ungünstig auf den weiteren Verlauf der geistigen Störung wirken muß.

Am besten wird die künstliche Ernährung trotz mancherlei Versuche anderer Art immer noch durch die Magensonde ausgeführt; sie allein vermag auf die Dauer den Kranken am Leben zu erhalten. Nährklistiere, Kochsalzinfusionen haben nur vorübergehenden Erfolg und subkutane Einspritzungen von Nährmitteln mögen ein passendes Thema für Doktordissertationen abgeben, als Ersatz für die Magensonde können sie wohl nie ernstlich in Betracht kommen.

Wir wenden die künstliche Ernährung durch die Magensonde dann an, wenn der Verfall der Kräfte für das Leben des Kranken fürchten lässt. Eine bestimmte Norm dafür, wie lange man damit zuwarten soll, lässt sich nicht geben, der Zeitpunkt hängt ganz von dem Kräftezustand des Kranken ab. Ist dieser günstig, so kann man wohl bis acht Tage, manchmal noch länger damit zuwarten, da der Kranke in solchen Fällen womöglich zu Bett gehalten wird und der Verbrauch der Körperkräfte infolgedessen ein geringer ist.

Digitized by Google

Meist hat er jedoch lange Zeit vorher schon unregelmässig Nahrung zu sich genommen, so daß weiteres Zuwarten unter Umständen mit Lebensgefahr verbunden wäre.

Zu Hause läßt sich eine derartige künstliche Ernährung auf die Dauer nicht durchführen. Bei den zahlreichen Gefahren, die die Einführung der Sonde durch Ungeübte mit sich führen kann, Einschlagen eines falschen Wegs, Erbrechen des Kranken, Regurgitieren der Sonde, Schluckpneumonie, sollte diese Manipulation nur von einem Arzt vorgenommen werden. Widerstrebenden Kranken, die wohl die Mehrzahl der Abstinenten bilden, muß der Kopf kunstgerecht gehalten werden, manche derselben müssen vorher gewickelt werden, kurz, die ganze Prozedur ist für die Angehörigen vielfach mit einem so peinlichen Eindruck verknüpft, daß schon eine einmalige künstliche Ernährung unter Umständen genügen mag, die Einwilligung zu sofortiger Verbringung in die Anstalt herbeizuführen. Zu dem kann es vorkommen, daß Abstinente wochen-, monate-, manchmal sogar jahrelang täglich 2—3mal auf diese Weise künstlich ernährt werden müsse. Möge demnach bei den erstgenannten Indikationen zur Verbringung in die Anstalten dem subjektiven Ermessen des behandelndes Arztes immer noch ein gewisser Spielraum zugestanden werden, bei der Nahrungsverweigerung sollte er keinen Augenblick im Zweifel sein, was er zu tun hat.

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Ueber die Vorteile der **trockenen Wundbehandlung**; nach einem hinterlassenen Manuskripte von weiland Prof. Landerer von Dr. Engel in Berlin. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 12/05).

Die Vernichtung der in einer Wunde vorhandenen Mikroorganismen wird nach unserer heutigen Annahme bewirkt durch die natürlichen Schutzkräfte des Körpers. Unter diesen begreifen wir Stoffe, welche imstande sind, eine bakterizide Wirkung zu entfalten, Stoffe, die im Blute und der Lymphe des Körpers zirkulieren und wohl hauptsächlich, wenn auch nicht ausschließlich, von den Leukozyten produziert werden. Aber auch die Zellen der verletzten Gewebe treten mit ein in den Kampf gegen die Eindringlinge. Was die Einwirkung der normalen Schutzkräfte schädigt oder ausser Wirksamkeit setzt, muß strengstens vermieden werden.

Diesen Anforderungen entspricht die trockene Wundbehandlung in jeder Hinsicht besser als die feuchte. So vermeidet sie — bei aseptischem Tupfermaterial — die Quellung und Beschädigung der Gewebe. Die Tupfer saugen die Sekrete in sich auf, sie legen die Wunde trocken und

Digitized by Google

hindern dadurch die Entstehung von Nährflüssigkeit auf der Wunde, in der die pathogenen Keime sonst üppig gedeihen müßten. Die Heilung unter dem trockenen aseptischen Schorf ist stets sls die ideale, sicherste Form der Heilung angesehen worden.

Die Technik der trockenen Wundbehandlung ist eine einfache. An dem vorher gebadeten und mit reiner Wäfche bekleideten Patienten wird von einem bereits gründlich desinfizierten Gehilfen eine peinliche Reinigung und Desinfektion des Operationsgebietes und seiner weitesten Nachbarschaft vorgenommen. So ist z. B. bei Operationen an der Hand auch der entsprechende Arm zu desinfizieren.

Etwa im Operationsgebiet befindliche Haare sind in weitem Umkreis ganz kurz zu fchneiden und zu rasieren. Aber auch an nicht behaarten Körperstellen hat das Rasiermesser in Tätigkeit zu treten, denn dasselbe entfernt nicht nur Haare, Härchen und oberflächlichen Schmutz, sondern auch die obersten Epithelschichten mit den gerade hier so zahlreich nistenden Keimen. Es folgt sodann eine intensive Reinigung — mindestens zehn Minuten — mit möglichst heissem — öfter zu wechselndem — Wasser und Seife, wobei man sich hüte, mit einer vielleicht zu harten Bürste die Haut zu mißhandeln und Schrunden hervorzurufen. Nun folgt ein kräftiges Abreiben mit einem trockenen sterilen Tuche, woran sich eine wenigstens drei Minuten währende Waschung mit 70—80proz. Alkohol anfchließt. Diese Waschung mit Alkohol verfolgt verfchiedene Zwecke. Einmal erwarten wir von ihm einen bakterientötenden Einfluss, der bekanntlich in dieser Konzentration wirksamer ist als bei einer höheren. Dieser Einfluss betätigt sich nicht nur während des Wafchens, er zeigt sich auch noch später während des Verdunstens. Sodann verfchließt der Alkohol durch Schrumpfen die Hautporen, kleine Einrisse und Furchen, in denen Bakterien nisten. Endlich löst und entfernt er das der Haut anhaftende Fett und wirkt auf die oberste Hautfchicht wasserentziehend. Das so wasserarm gewordene Gewebe wird das danach zu verwendende, in Wasser gelöste Antiseptikum um so begieriger in sich aufnehmen. Als solches verwendet man das von v. Bergmann (1878) in die Praxis eingeführte Sublimat in $^1/_2{}^0/_{00}$-Lösung. Die ebenfalls drei Minuten dauernde Sublimatwafchung befchließt die Reinigungsprozedur.

Jetzt hüllt man den Patienten völlig in sterile Tücher; nur das Operationsgebiet bleibt frei. Entweder bedient man sich hierzu eines Schlitztuches oder man gruppiert mehrere kleine Tücher, die man mit sterilisierten Sicherheitsnadeln untereinander befestigt, um das Operationsgebiet. Daß man gleichzeitig die Nadeln durch die Haut des Patienten sticht, um ein Verfchieben der Tücher während der Opera-

Digitized by Google

tion zu verhindern, vermögen wir nicht zu billigen. Wenn man die Tücher an der Begrenzung des Operationsgebietes mit Sublimatlösung aufeuchtet, haften sie genügend fest in der ihnen einmal gegebenen Lage. Auch sind sie so leichter durch frische zu ersetzen, wenn dies im Laufe des Eingriffs wegen Benetzung mit Blut, Eiter etc. wünschenswert erscheint.

Sodann achte man streng darauf, daß auf das Operationsgebiet keine Keime fallen. Sprechen ist während der Operation auf das notwendigste Maß zu beschränken und darf nur mit von dem Kranken abgewandten Kopfe geschehen; während des Eingriffs darf kein Kommen und Gehen stattfinden, wodurch Keime aufgewirbelt werden könnten. Beim Niesen oder Husten hat man sich ebenfalls weit von der Wunde fortzuwenden, und endlich ist dafür Sorge zu tragen — durch vor den Mund gelagerte Tücher — daß nicht bei plötzlichen Expektorationen des Patienten Keime in die Luft oder gar auf das Operationsgebiet fallen.

Bei der Operation selbst erwächst uns die Aufgabe der zartesten Schonung der Gewebe. Glatte Schnitte, ganz sanftes Tupfen sind Haupterfordernis. Sodann ist eine exakte Blutstillung unumgänglich notwendig, um die Wunde buchstäblich trocken zu machen. Zur exakten Blutstillung gehört auch die spätere Immobilisation des Operationsgebietes durch geeignete Schienenverbände, um Nachblutungen vorzubeugen. Der Abschluß einer aseptischen Operationswunde geschieht durch die Naht. Steht die nachträgliche Produktion von Wundsekret zu besorgen, wie es z. B. bei Drüsenoperationen unvermeidlich ist, so begegne man einer etwaigen Sekretverhaltung durch Lücken in der Naht. Eine Verklebung der Wundränder hindert man an diesen Stellen durch Gazestückchen, die man zwischen denselben in die Tiefe leitet. Bei ganz tiefen Höhlenwunden, die sehr viel Wundsekret zu liefern pflegen, darf man das Einlegen eines Drainrohrs an zweckentsprechender Stelle nicht unterlassen. So werden die Wundsekrete nach außen in die zu ihrer Aufnahme bereiten Verbandstoffe abgeleitet. Nur achte man darauf, daß das Drainrohr nicht gegen pulsierende Gefäße stoße, da die Gefahr der Gefäßarrosion nicht zu gering veranschlagt werden darf.

Darauf bedeckt man die Operationswunde mit einer ausreichenden Menge steriler gekrüllter Gaze; über diese kommt sterile Watte, die jetzt außerordentlich handlich auch in Rollen — nach Art von Binden — in verschiedener Breite geschnitten in den Handel kommt. Es empfiehlt sich dabei, den Teil des Gazehäufchens, das dem Sitz der Wunde entspricht, von der Watte freizulassen, um eine bessere Verdunstungsmöglichkeit für die Wundsekrete zu schaffen. Diese müssen ja doch eintrocknen, um einer Keimwucher-

Digitized by Google

ung oder Zersetzung den Boden zu entziehen. Nicht zu fest und nicht zu locker angelegte Bindentouren halten den Verband in seiner Lage.

Im allgemeinen wird man bei ungestörtem Verlauf den Verband bei genähten Wunden 8 Tage liegen lassen; bei drainierten oder tamponierten Wunden wird sich ein Verbandwechsel schon nach 4—5 Tagen empfehlen.

Temperatursteigerungen am Tage nach der Operation bis 38,5° bei gutem Allgemeinbefinden des Patienten und nur mässig beschleunigten Pulse sind meist nicht durch Bakterien hervorgerufen, sondern beruhen auf Resorption von Substanzen aus dem ergossenen Blut und dem verletzten Gewebe. (Aseptisches Fieber.) Sie erfordern keinerlei Maßnahmen, namentlich, wenn sie am folgenden Tage schon eine Tendenz zum Abfallen zeigen.

Steigt die Temperatur indes noch am zweiten Tage, so ist der Verdacht einer Infektion gegeben. Ebenso haben wir eine Infektion zu vermuten, wenn sich wachsende Schmerzen in der Wunde bemerkbar machen und die Temperatur kontinuierlich steigt.

Eine wichtige Frage ist nun weiter die: soll man auch akzidentelle Wunden trocken verbinden? Diese Frage ist unbedingt zu bejahen. Akzidentelle Wunden sind a priori als infiziert anzusehen und es ist daher unsere Aufgabe, sie so zu gestalten, dass sie annähernd keimfrei werden oder die vorhandenen Keime nicht zur Entwicklung gelangen, mithin eine Infektion nicht herbeiführen können. Die sicherste Methode ist — nach Friedrich — nach mechanischer Entfernung des Schmutzes und Desinfektion der Umgebung den ganzen Wundgrund und die Wundränder mit Pinzette, Messer und Schere zu exstirpieren und so eine neue reine Wunde zu schaffen. Dies gelingt während der Auskeimungszeit der Bakterien durchschnittlich während der ersten sechs Stunden, mitunter auch länger, solange die Wundinfektion ein lokaler Prozess ist. Leider ist aber diese Exstirpation nicht an jeder Wunde und überall möglich.

Wo dies nicht angängig ist, werden wir unser Handeln ungefähr in folgender Weise bestimmen. Zunächst ist die Umgebung der Wunde nach den oben angeführten Grundsätzen zu reinigen und zu desinfizieren, während die Wunde selbst mit einem sterilen Tupfer bedeckt wird. Dieser stillt erstens provisorisch die Blutung, dann aber hindert er auch, dass Seife, Härchen oder mit dem Messer abgeschabter Schmutz aus der Umgebung in die klaffende Verletzung geraten. Bei Verletzungen, deren Umgebung durch Maschinenöl oder ähnliches verunreinigt ist, werden wir dasselbe durch Terpentinöl entfernen, bevor wir mit der gewöhnlichen Reinigung beginnen. Erst nachdem die Nachbarschaft der Wunde peinlichst besorgt ist, wenden wir uns zu dieser

Digitized by Google

selbst. Hier fassen wir zunächst die etwa noch spritzenden Arterien mit der Pinzette und fahnden danach auf die groben in die Wunde geratenen Verunreinigungen (Kleiderfetzen, Haare, Sandkörner, Strassen- und anderer Schmutz), die wir mit der Kornzange oder Pinzette entfernen. Jede Irrigation hat zu unterbleiben, weil der kräftige Strahl die auf der Wunde vorhandenen Bakterien tiefer in die Gewebsmaschen hineinpreßt. Nur bei besonderer Beschaffenheit der Wundverunreinigung (etwa breiiger Schmutz wie Kot oder Schlamm) wird ein Herausschwemmen des Schmutzes erforderlich werden Wir nehmen dazu am besten sterile Kochsalzlösung, lassen dieselbe von einem Tupfer aufsaugen und drücken dann diesen über der Wunde mit sanfter Gewalt aus.

Sonst genügt das vorsichtige trockene Austupfen der Wunde mit einem sterilen Tupfer; die von diesem aufgesaugte Gewebsflüssigkeit befördert gleichzeitig die auf der Wundoberfläche lagernden Keime in denselben hinein. Man bestrebe sich dabei, mit dem Tupfer nicht seitlich zu wischen, wie es vielfach geübt wird, denn hierdurch können die Gefässe verschließenden Thrombenpfröpfe herausgerissen werden, und es beginnt eine neue Blutung; ausserdem aber können dabei Keime in die offene Gefässe und Gewebsspalten hineingepreßt werden. Der Tupfer darf nur senkrecht mit sanftem Druck auf die Wundfläche — länger oder kürzer, je nach Intensität der Blutung — gepresst werden.

Ist die Blutung versorgt, so erstreben wir bei unregelmässigen Wunden die beste Heilungsmöglichkeit durch Glätten der Wundränder mittels der Schere und Entfernung der Gewebsfetzen und Zipfel, deren Lebensfähigkeit doch untergraben ist.

Die nächste Sorge ist dann, daß die zu erwartende Wundabsonderung freien Abfluß hat. Es sind deshalb reichlich Gegenöffnungen anzulegen, insbesondere bei komplizierten Knochenbrüchen; das Sekret muß auf direktestem Wege abfließen können

Diese Wunden dürfen — von einfachen glatten Schnitt- und Hiebwunden abgesehen — nicht exakt genäht werden; das gäbe sicher eine Sekretverhaltung. Die Wundränder werden durch Situationsnähte möglichst genähert, aber nicht ganz zusammengezogen. In die Buchten und Winkel führen wir Jodoformgazestreifen oder Drainröhren, um mit der Wundabsonderung die Infektionsstoffe nach aussen zu befördern. Wir bevorzugen die Jodoformgaze nicht allein wegen ihrer hervorragenden absaugenden Wirkung, sondern auch wegen ihrer Fähigkeit, sich an den Wundflächen festzusaugen, wodurch sie die Blutung stillt. Nach v. Bergmann ist die antiseptische Wirkung der Jodoformgaze so

Digitized by Google

gering, daß diese zu den Mitteln der aseptischen Wundbehandlung zu rechnen ist. Ihre Wirkung entfaltet sie nicht auf die in der Wunde befindlichen, sondern auf die aufgesaugten Mikroorganismen. Nach Heile entfaltet die Jodoformgaze auf oberflächlichen Wunden eine aseptische Wirkung, während sie in tiefen Wundhöhlen, zu denen der Luftzutritt erschwert ist, antiseptischen Einfluß ausübt.

Die weitere Versorgung der Gelegenheitswunden entspricht der der Operationswunden. Wir erstreben also auch bei ihnen eine energische Trockenlegung und so die meisten p. p. i. heilen.

Gewisse Ausnahmen gibt es aber auch auf dem Gebiete der Wundbehandlung. So ist es eine alte Erfahrung, daß bestimmte Phlegmonen mit sehr zähem, dickem, an abgestorbenem Gewebe reichem Sekret für die trockene Wundbehandlung wenig geeignet sind. Die vielfach geübte Tamponade mit Jodoformgazestreifen führt hier — sie mag noch so locker ausgeführt sein — zu Sekretverhaltungen und die Heilung geht nicht vom Fleck, da die Jodoformgaze diese dicken Sekrete nicht aufsaugt. Man bevorzugt in solchen Fällen die feuchte, austrocknende Kompresse, welche durch angeregte Hyperämie eine stärkere Sekretion hervorruft — mithin das zähe Sekret verdünnt — die Oberfläche reinigt, Nekrosen zur Abstossung bringt und die Granulationsbildung üppig anregt. Am zweckmäßigsten hat sich bisher eine 3proz. essigsaure Tonerdelösung oder 2proz. Borsäure erwiesen. Indessen darf die Austrocknung der feuchten Verbände nicht durch Guttaperchalagen verhindert werden. Denn nach Gontermann nimmt der Keimgehalt der Wunde bei feuchter Tamponade außerordentlich schnell zu; die Keime wachsen aber auch in der feuchten Gaze ungeachtet ihrer antiseptischen Präparation; sie wandern von der Gaze auf die benachbarte — durch Mazeration besonders empfänglich gemachte — Haut und erzeugen hier Pusteln, Furunkel, Lymphangitis, ja Erysipele. Hingegen stellt sich bei dem feuchten trocknenden Verbande die keimtötende Wirkung ein, sobald eine Austrocknung beginnt.

Als Ersatz der essigsauren Tonerdelösung kann man bei belegten Wundflächen auch den Alkohol benutzen. Dann ist es aber außerordentlich wichtig die Verdunstung nicht durch Einlagen von undurchlässigem Stoff zu verhindern, da man sonst Gefahr läuft, ausgedehnte Nekrosen zu erzeugen.

Daß Karbolumschläge — auch bei stärkster Verdünnung — tiefgehende Nekrosen erzeugen, ist zu bekannt, als daß von ihrer Anwendung noch besonders zu warnen wäre.

Das früher vielfach geübte Verfahren der Immersion oder des permanenten Vollbades bei progredienten Phlegmonen ist wohl allgemein verlassen worden. Die Unbe-

Digitized by Google

quemlichkeiten waren zu groß, ohne irgend einen markanten Nutzen zu zeitigen. Trotz eingelegter Drainröhren hinderten die verquollenen Granulationen die Absonderung; die Epithelialisation und Narbenschrumpfung wurden gehindert. Für Phlegmonen und fortschreitende infektiöse Prozesse gilt ohne Einschränkung als oberster Grundsatz: „Die beste Antisepsis ist die Inzision".

Die äußere Applikation von antiseptischen Lösungen ist, soweit sie nicht direkt Unheil anrichtet, wie oben angedeutet, mindestens wertlos, solange noch im Gewebe ein Eiterherd uneröffet oder mit ungenügendem Abfluß lagert. Breite Inzisionen, die das Uebel tatsächlich an der Quelle angreifen, retten oft einen Teil, der bereits außerordentlich gefährdet erschien. Es handelt sich dabei zuweilen nicht bloß um die Inzision bereits fluktuierender Stellen, wo ja die Indikation zum rettenden Eingriff einem jeden ohne weiteres klar ist. Bei fortschreitenden bösartigen Infektionen muß die Inzision vielmehr oft der Infektion d. h. der makroskopischen Entzündung vorauseilen, sie muß bis weit ins Gesunde reichen, wenn anders man einen guten Erfolg haben will.

So wird man — auf Grund vielfacher praktischer Erfahrung und zahlreicher theoretischer Erwägungen — die streng durchgeführte trockene Wundbehandlung als das allein gültige Normalverfahren anzusehen haben. Der feuchten Wundbehandlung ist nur als einer in jedem einzelnen Fall besonders zu begründenden Ausnahme Raum zu gewähren.

Nachbehandlung nach Operation der Rachenmandel. Ueber die Technik der Entfernung der adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum sind viele Hunderte von Veröffentlichungen erfolgt, die Nachbehandlung hingegen hat noch nicht ihre eingehende Würdigung gefunden. Zwei Gesichtspunkte sind bei der Nachbehandlung zu berücksichtigen: erstens Fürsorge für ungestörte Wundheilung, zweitens Verhütung von Rückfällen.

Die Wundbehandlung besteht einfach darin, daß man die Wunde in Ruhe läßt, weder Pulver daraufbläst, noch pinselt, oder Nasenspülungen vornimmt. Solche Maßnahmen können eventuell schädlich wirken. Nur Gurgelungen mit 2% Hydrogen. superoxyd. läßt V. vornehmen; das Gurgelwasser kommt zwar nicht mit der Wunde in Berührung, reinigt aber die Umgebung und beseitigt den üblen Mundgeruch.

Die Wunde kommt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ohne Komplikation und Beschwerden zur Heilung. Der Patient erhält am ersten Tage flüssige, kühle Kost, dann gemischte Kost unter Vermeidung krümeliger, sowie gewürzter Speisen. Einatmung von Staub ist durch eine Woche zu meiden. Kinder dürfen die Schule nicht besuchen. Die

Digitized by Google

Epithelisierung der ganzen Wunden dauert 3—4 Wochen, doch sind alle subjektiven und objektiven Symptome im Verlauf der ersten Woche geschwunden. — Von Komplikationen ist vor allem Hustenreiz zu nennen, gutes Zureden stillt denselben, wenn er durch das Wundgefühl bedingt ist, oft. Manchmal ist ein an einer Schleimhautbrücke herabhängender Wucherungsrest schuld, Abtragen des Restes beseitigt prompt den Husten.

Nachblutung ist eine ernst zu nehmende Komplikation. Abgesehen von Hämophilie, geben auch die erwähnten Wucherungsreste Veranlassung zur Blutung. — Die Blutung steht gewöhnlich auf Lagerung bei erhöhtem Oberkörper, tiefem Inspirium durch die Nase, leichte Exspiration durch den Mund.

Steht die Blutung trotzdem nicht, so wird mittels einer Schlundzange ein Bausch steriler Gaze in den Nasenrachenraum per os eingeführt, nach oben und hinten angedrückt, dann die Zange entfernt. Die Tamponade mit Bellocqscher Röhre ist unbedingt zu meiden. V. hat in den letzten 5 Jahren unter 2000 Operationen keine einzige Nachblutung wahrgenommen, als Ursache hierfür sieht er die Operation in Narkose an, da es dadurch möglich ist, gründlich und sauber zu arbeiten.

Fieber kommt manchmal ohne jede Ursache vor, manchmal stellt sich eine Angina lacunaris ein, Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd beseitigt diese prompt. Wenn Otitiden sich einstellen, so sind sie glücklicherweise meist leicht. Eine am 2. oder 3. Tag sich einstellende Nackensteifigkeit ist auf Reizung des Periostes der oberen Halswirbel zu beziehen, erfordert aber keine besondere Behandlung. Bezüglich der Verhütung der Rückfälle ist vor allem bei der Operation eine möglichst gründliche Ausräumung anzustreben, etwa 6—10 Tage nach der Operation sind mittels des Fingers die sich öfters bildenden schwammigen neuen Granulationen wegzudrücken. Außerdem ist Jod, am besten in Form der Solutio ferro-mangano-jodo-peptonata 3mal täglich einen Teelöffel voll in Milch, zu verordnen.

Oft ist noch notwendig, die Kinder wieder an die Nasenatmung zu gewöhnen, die Eltern müssen darauf aufmerksam gemacht werden, ihre Kinder öfters zu ermahnen, eventuell hilft auch ein über die geschlossenen Lippen gelegtes Heftpflaster (nur bei Tag!), bei Nacht ist der Hebrocksche Lungenschoner (Kautschukplatte) vorzuziehen.

(Zentralbl. für Kinderheilk. No. 6, 1905.)

Digitized by Google

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Ueber die Schmerzlinderung in der Geburt mit besonderer Berücksichtigung der kombinierten Skopolamin-Morphium-Analgesie. Von M. Weingarten. Aus der Frauenklinik zu Gießen. (Dissertation, Gießen 1904.)

Der Arbeit liegt die an 45 Fällen gesammelte Erfahrung zu Grunde. Die Skopolamin-Morphiuminjektion wurde 39mal in der Absicht appliziert, um quälende Wehenschmerzen zu lindern; 13mal, um die Wehentätigkeit zu regeln; 4mal, um Uteruskrampf zu heben; 1mal bei Dehnung des unteren Uterinsegments und 4mal, um nervöse und ungeberdige Kreißende zu beruhigen.

Die Beeinflussung der Wehenschmerzen gelang deutlich und wirksam in 33 Fällen. Es konnte hier jedesmal objektiv festgestellt werden, daß der Schmerz bedeutend herabgesetzt oder sogar fast vollständig aufgehoben wurde. Die Kreißenden gaben spontan an, der Schmerz habe ganz erheblich nachgelassen, zum Teil wurden sie sogar in gehobene Stimmung versetzt, zum Teil befiel sie eine wohltuende Müdigkeit, welche vorübergehend erquickenden Schlaf verursachte. In zwei Fällen könnte man zweifelhaft sein, ob die Wirkung der Injektion als gut oder nur als genügend zu bezeichnen sei. In beiden Fällen war wohl eine deutliche und prompte Wirkung zu beobachten, der Wehenschmerz schien aber nicht bedeutend herabgesetzt zu sein. Unter 39 Fällen, bei denen Skopolamin-Morphium injiziert wurde, um Schmerzen zu lindern, befand sich nur ein Fall, bei dem keine Wirkung eintrat. Die übrigen wurden alle durch das Mittel mehr oder weniger gut beeinflußt. Bezüglich der Beeinflussung der Wehentätigkeit zeigen die Beobachtungen, daß in keinem einzigen Fall die Wehen verschlechtert oder sogar aufgehoben wurden. In 72 Fällen blieb der Wehentypus sowie die gute Wehenqualität vor wie nach der Applikation der Skopolamin-Morphininjektion unverändert. In 2 Fällen wurden die über die Norm langen Wehenpausen bedeutend verkürzt. 16mal wurde die Wehentätigkeit so geregelt daß die schnell aufeinanderfolgenden Wehen nach der Injection seltener auftraten und sich die Pausen verlängerten. Nach der Injektion wurden die einzelnen Wehen kräftiger und ergiebiger. Unter diesen 16 Fällen befinden sich 5 Fälle, bei denen das Mittel gegen Uteruskrampf injiziert wurde. Jedesmal wurde nach kurzer Zeit objektiv bewiesen, daß vollständige Erschlaffung des Uterus eintrat, worauf regelmäßig auftretende gute Wehen sich einstellten, welche mit ausgiebigen Pausen abwechselten, in denen der Uterus sich ausruhte. Ein sehr schöner Erfolg wurde durch Skopolamin-Morphiuminjekiion jedesmal da

Digitized by Google

erzielt, wo es darauf ankam, nervöse Kreißende zu beruhigen oder choreatiſche Beſchwerden zu mildern.

In 41 der 45 Beobachtungen wurden die Kinder lebensfriſch geboren, ohne irgend ein Zeichen des Narkotisirtseins, 4mal kamen sie asphyktiſch zur Welt, 3mal war die Asphyxie so gering, daß sie ſchnell durch einige Hautreize gehoben werden konnte. In keinem Fall ist aber wohl das Skopolamin und Morphium die Ursache der Asphyxie gewesen.

Der Verlauf der Nachgeburtsperiode war durchgehends gut und normal. Häufiger wurde ein sehr geringer Blutverlust konstatirt. Doch ist dies wohl nicht auf die Injektion zurückzuführen. Eine zweite Injektion fand nur in drei Fällen statt, und zwar geſchah dies jedesmal nicht vor Ablauf der vorher erzielten Wirkung und nur, falls wiederum eine ſcharf begrenzte Indication vorlag.

Von operativen geburtshilflichen Eingriffen waren vorgenommen worden: 4mal Forceps, 1mal Wendung und Extraktion und 3mal Dammnähte. Bei den Forceps und der Extraktion war eine ſchnelle und allgemeine Anästhesie erwünſcht, weshalb man von einer weiteren Injektion absah und den erwünschten Zustand durch ganz geringe Aethermengen prompt erzielte. Die Dammnähte wurden alle ohne weitere Gaben von Narcoticis ſchmerzlos genäht. Gesteigertes Erbrechen wurde nach der Skopolamin-Morphiuminjektion nicht beobachtet, wohl aber, daß das vorhandene Erbrechen nachließ.

Die häufiger angestellte Ablauſchung der kindlichen Herztöne hat bezüglich ihrer Stärke, Frequenz und Regelmäßigkeit keine ungünstige Beeinflussung erkennen lassen.

In keinem Falle wurde durch die Anwendung des Skopolamins und Morphiums die Geburtsarbeit verzögert und dadurch Mutter oder Kind in Gefahr gebracht; ebenso wenig wurde durch die Injektion eine Situation geſchaffen, die eine vorzeitige Beendigung der Geburt durch Kunsthilfe notwendig gemacht hätte. Verſchiedentlich wurde beobachtet, daß nach der Injektion eine plötzlich aufsteigende flammende Rötung des Gesichtes eintrat. Dieses war das erste Zeichen der eintretenden Wirkung des injicirten Mittels. Ueber Trockenheit im Halse und Durstgefühl wurde nicht sehr geklagt. Die Wirkung trat sehr verſchieden lang nach der Applikation ein, nnd zwar betrug die Zeitdauer 10—60 Minuten. Am häufigsten aber war die Wirkung ſchon nach 20 Minuten nach der Injektion zu konstatieren.

Aus den Beobachtungen geht hervor, daß wir in der Kombination von 0,0003 Scopolaminum hydrobromicum und 0,01 Morphium muriaticum subcutan appliziert ein Verfahren der Analgesirung besitzen, welches die Vorzüge vieler anderer Mittel aufweist, ohne deren Nachteile zu zeigen. Es bewirkt eine bedeutende Herabsetzung des Geburtsſchmerzes,

Digitized by Google

ohne dabei die Kreißenden des Bewußtseins zu berauben. Die wehenregulirende Tätigkeit tritt deutlich zu Tage, wodurch die Geburt ſchneller von statten geht. Eine Schädigung der Mutter oder Intoxication der Frucht wurde niemals nachgewiesen, selbst da nicht, wo noch andere Narcotica zu weiteren Anästhesirung angewandt wurden.

Diese Eigenſchaft zusammen mit der Einfachheit seiner Anwendung lassen das Skopolamin und Morphium als wertvolles Analgesiacum in der Geburtshilfe erſcheinen und empfehlen.

Die Diagnose in den frühen Monaten der Schwangerschaft. Von Prof. Dr. Skutſch. (Mediziniſche Blätter, 1905, No. 11.) Den sogenannten subjectiven Schwangerſchaftsempfindungen soll im allgemeinen nur dann einige Bedeutung beigelegt werden, wenn es sich um früher ſchon ſchwanger gewesene Frauen handelt und die Empfindungen die typiſch gleichen wie bei früherer Schwangerſchaft sind. Das Erbrechen hat nur einigen Wert bei im übrigen gesunden Frauen. Chloasma uterinum kommt auch ohne Schwangerſchaft vor. Die Pigmentirung der Linea alba ist nur von Wert, wenn auch die Partie oberhalb des Nabels pigmentirt ist.

Anſchwellung der Brüste kommen auch außerhalb der Schwangerſchaft vor Ausdrückbarkeit von Colostrum kann nur dann positiv verwertet werden, wenn noch keine Schwangerſchaft vorausgegangen war. Von einiger Bedeutung ist es, wenn man die strangartigen, radiär zur Brustwarze laufenden, hypertrophiſchen Drüsenacini gut durchfühlen kann. Pigmentirung des Warzenhofes, auch die sogen. secundäre Areola und das Deutlicherwerden der Montgomery'ſchen Drüsen haben wesentlich nur Wert bei denen, die noch nicht geboren haben. Bei Blondinen mit zarter Haut ist stärkere Pigmentirung mehr von Bedeutung. Trotz eingetretener Schwangerſchaft können die diesbezüglichen Erſcheinungen an den Brüsten lange fehlen.

Durch das Ausbleiben der Menstruation soll man nie zu sehr voreingenommen werden für die Diagnose. Man denke an andere Ursachen der Amenorrhoe und bei Frauen in vorgeſchrittenerem Alter an die beginnende Menopause; ferner beachte man, daß Amenorrhoe dem Eintritt der Schwangerſchaft vorausgehen kann (Conception bei stillenden Frauen). Blutungen von menstrualem Character nach Eintritt der Schwangerſchaft sind meist pathologiſcher Natur; es sind Fälle berichtet, wo solche Blutungen im Verlauf der ganzen Schwangerſchaft auftraten.

Livide Verfärbung des Introitus und der Scheide ist recht characteriſtiſch, zumal bei solchen, die noch nicht geboren haben, besonders wenn die Verfärbung in der Scheide

Digitized by Google

von unten nach oben zunimmt. Ursachen für solche Verfärbung außerhalb der Schwangerschaft sind meist erkennbar. Von Interesse sind weiter die rötlichen Streifen auf mattlividem Grund in der Gegend der Urethra, die nach Entleerung des Uterus und auch nach Absterben der Frucht verschwinden sollen.

Ergiebt nun vor allem die combinirte Betastung des Uterus eine Vergrößerung und stimmt die Größe mit der vermuteten Zeit, ist auch die Consistenz die characteristische, so läßt sich aus der Combination der Zeichen meist auch in frühen Monaten die Diagnose mit an volle Sicherheit grenzer Wahrscheinlichkeit stellen. Nicht selten wird aber die endgiltige Diagnose erst von wiederholten Untersuchungen und der in typischer Weise zunehmenden Vergrößerung des Uterus abhängig zu machen sein. Hierbei hat sich S. stets die Einzeichnung der Befunde in $^1/_3$ natürlicher Größe in die Schultz'schen Beckenschemata bewährt.

Mannigfach sind die durch subtile combinirte Betastung des schwangeren Uterus zu erhebenden Befunde. Am bekanntesten hiervon ist das Hegar'sche Schwangerschaftszeichen, die auffallende Hochgradigkeit der Compressibilität des unmittelbar über dem inneren Muttermund gelegenen Abschnittes des Uterus. Das Zeichen ist nach S. sehr wertvoll und in einer großen Zahl der Fälle schon recht früh nachweisbar. Man muß den Tastbefund genau kennen; bei nicht genügend sorgfältiger Untersuchung kann der Irrtum entstehen, daß die unterhalb der comprimirten Partie gelegene hypertrophische Cervix für den ganzen, nicht vergrößerten Uterus und das darüber gelegene Corpus für einen gestielt mit dem Uterus zusammenhängenden Tumor gehalten wird, besonders dann, wenn bei hochgradiger Schlaffheit der oberhalb des inneren Muttermundes gelegenen Partie das Corpus mehr lateral liegt. Der Wechsel der Consistenz, auf welchen schon Braxton Hicks hingewiesen hat, ist ein besonders wichtiges Zeichen. Die geringere Consistenz des Corpus gegenüber der Cervix ist schon früh feststellbar. Von besonderem Interesse ist, daß am Corpus selbst oft härtere und weichere Partien unterschieden werden können. Der breitere obere Teil des Corpus kann gegen den weicheren unteren durch eine Querfurche abgegrenzt sein. Schon Dickinson legte großen Wert auf isolirte Hervorwölbungen der sonst glatten Oberfläche des Corpus. Weiterhin stellte R. v. Braun fest, daß schon zu Ende des ersten und Anfang des zweiten Monats die eine größere, weichere Hälfte durch eine Furche von der kleineren, härteren geschieden sein könne.

Diese Befunde über Asymmetrien am schwangeren Uterus bestätigte und erweiterte Piskacek, der die sogen. Ausladungen umschriebener Gebärmutterabschnitte im An-

Digitized by Google

fang der Schwangerschaft beschreibt. Der Ausladung entspricht die Insertion des Eies. Gegen Ende des dritten Monats pflegt die Asymmetrie ausgeglichen zu sein. Piskacek schildert weiter, daß die ausgeladene Stelle deutlich weicher und elastischer ist, ferner, daß zuweilen die Schwangeren eine Schmerzempfindung an die Stelle der Ausladung lokalisieren. Bei fehlender Asymmetrie mit seitlicher Ausladung konnte Piskacek symmetrische Ausladung der vorderen oder hinteren Wand konstatieren; stets war auch hier die ausgeladene Partie weicher. Bei symmetrischer Auladung konnte Piskacek das Hegar'sche Zeichen fast stets nachweisen; bei asymmetrischer fehlte es meist.

Die Angabe einiger Autoren, daß es in einzelnen Fällen gelingt, schon von der 14.—16. Woche an die Bewegungen der Frucht bei der Ausculation objektiv wahr zu nehmen, kann S. durchaus bestätigen. Man hat am Ohr gleichzeitig eine Gehör- und Tastempfindung und man bemerkt ein charakteristisches, leises, meist schnell verschwindendes Pochen.

Ferner ist von großem Wert, daß zu dieser Zeit, durch Ballotement der ganzen Frucht innerhalb des Uterus der Nachweis derselben möglich sein kann, auch wenn die Lebensäußerungen der Frucht noch nicht wahrnehmbar sind.

In manchen Fällen gelang es Verf., die kindlichen Herztöne schon etwa vier Wochen früher, als sonst für die Hörbarkeit derselben angegeben wird, schon in der 15.—16. Woche, mit voller Sicherheit bei der Auskulation wahrzunehmen.

Anzeige.

Eine Partie guterhaltener medizinischer

Zeitschriften und Bücher

sind zu sehr mässigen Preisen abzugeben.

Verzeichnisse zu Diensten.

Schnitzler'sche Buchhandlung, Wetzlar.

Redakteur: Sanitätsrat Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro 8 XLV. Jahrgang. August. 1905

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Einige Wandlungen in den naturwissenschaftlichen Anschauungen der Aerzte im Verlaufe der letzten 20 Jahre. — Die Schädlichkeit der Patentverschlüsse der Flaschen. Zur Sauerstoffwirkung der Seeluft. — Ueber das Wesen der Hämophilie. Die erste Hilfe bei Blutungen aus dem Respirations- und Verdauungstraktus. Ueber den Wert des Pyramidons für die Behandlung des Abdominaltyphus. — Die Verletzungen des Gehörganges. Die Nägel, ihr Bau, ihre Erkrankung und ihre Pflege. — Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. — Eine neue Alkoholsilbersalbe.

Einige Wandlungen in den naturwissenschaftlichen Anschauungen der Aerzte im Verlaufe der letzten 20 Jahre.

Von Dr. med. H. Aschern, Dinklage.
(Aus der Festschrift für Herrn Med.-Rat Dr. Burwinkel in Vechta.)

Wenn wir uns 20 Jahre zurückdenken und unsere derzeitigen Vorstellungen über biologische Vorgänge, insofern wir uns für befähigt hielten, sie auf physikalisch-chemische Prozesse zurückzuführen, vergleichen mit den Lehren unserer jetzigen Zeit, so finden wir manche auffallende und unser ärztliches Handeln bestimmende Veränderungen. Einige der wichtigsten betreffen die Auffassungen über Ernährung und Erhaltung der Zellen und Gewebe im gesunden und kranken Zustande, weil sich darin der Höhepunkt naturwissenschaftlicher Erkenntnis widerspiegelt.

Nehme ich meinen Hyrtl vom Jahre 1879 zur Hand, so erfahre ich, daß die als Protoplasma benannte Substanz des Zellenleibes nebst dem Zellkern als wesentlicher Bestandteil der Zelle anerkannt wurden. „Das Protoplasma erscheint als eine weiche, homogene, eiweißartige Substanz, öfters mit eingestreuten Körnchen von punktförmigem bis grobkörnigem Aussehen. Der Zellkern, über dessen funktionelle Bedeutung die Wissenschaft noch keinen Aufschluß zu geben vermochte, liegt als festes oder hohles Körperchen in der Mitte oder exzentrisch.

Digitized by Google

Seit den 90er Jahren finden wir das Schema der Zelle geändert, und im geringen Volumen derselben treffen wir auf eine große Kompliziertheit anatomischer Verhältnisse mit verwickelten Lebensvorgängen: Im Protoplasma unterscheiden wir nun eine durchsichtige Grundsubstanz, das Hyaloplasma, und eine ein Netzwerk bildende Gerüstsubstanz das Cytoplasma, wobei die Körnchen des Hyrtlschen Protoplasma-Schemas zu Knotenpunkten eines Netzgerüstes sich entwickelt haben. Im Kern selber treten uns wieder zwei Hauptsubstanzen entgegen, das Chromatin und Achromatin, von denen das erstere ein Kernfadenwerk (Kariomitom) darstellt, welches als aufgerollter Kernfaden verschiedene Gestalten annehmen kann. Wir wünschen nun nicht allein Aufklärung, wie die anatomischen Verhältnisse im Innern der Zellen sind, sondern vielmehr, wodurch Assimilation und Desassimilation veranlaßt werden.*)

Die kleinen einzelligen Lebewesen geben unserem Auge die Möglichkeit, mit Hülfe des Mikroskopes Einsicht in die inneren Vorgänge der Zelle zu nehmen. Durch Beobachtung der Infusorien wurde festgestellt, daß das Protoplasma im Innern der Zelle in einer dauernden Strömung begriffen ist, welche bestimmte Bahnen verfolgt. Diese Bahnen scheinen durch das Gerüst des Netzwerkes vorgezeichnet zu sein. Durch das Studium dieser einzelligen Lebewesen haben wir auch Aufklärung über die funktionelle Bedeutung des Zellkerns erhalten. Schon früher hatte man häufig beobachtet, daß der Kern seinen Platz wechselt, doch konnte das noch immer auf Wirkung der Protoplasmaströmung zurückgeführt werden. Erst durch die experimentellen Untersuchungen der Merotemie, wie sie besonders von Verworn und Balbani geübt wurden, indem sie einzellige Wesen in mehrere Teile zerschnitten, hat man erfahren, daß der Kern gewissermaßen die Zentralstation, das Organisationsprinzip der lebenden Materie darstellt, und daß von den Bestandteilen dem Chromatin die Hauptwertigkeit zuerkannt werden muß. Wurde nämlich eine Amöbe in mehrere Stücke zerschnitten, so konnte der zellkernhaltige Teil seine Lebenstätigkeit unentwegt fortsetzen, wohingegen das kernlose Amöbenstück sich unfähig zeigte zur willkürlichen Bewegung und zur Ernährung. Balbani stellte weiter fest, daß in Fällen, in denen es gelang, auch den Zellkern mit zu zerschneiden, die chromatinhaltigen Teilstücke sich zusammenzogen und als selbständige Infusorien weiterlebten.

Wir können aus den Resultaten der Merotomie den Schluß ziehen, daß ein Gift, welches kerntötend wirkt, dadurch die ganze Zelle lebensunfähig machen muß, doch liegen Versuche in dieser Frage bislang nicht vor. Auf die

*) Nach P. Waßmann. Stimmen aus Maria Laach.

Digitized by Google

weiteren Resultate der neueren Zellenlehre bei der Teilung usw. will ich hier nicht eingehen, um auf einige vitale Vorgänge der Gewerbeernährung zu kommen.

Bei den einzelligen Wesen finden wir noch keine Arbeitsteilung ausgeprägt. Die Pseudopodien der Amöben nehmen auch Nährstoffe auf, verdauen sie und lassen das Unbrauchbare wieder los an die Außenwelt. Je höher die Entwickelung eines tierischen Organismus steht desto deutlicher tritt die Differenzierung der Zellenkomplexe in Form von Geweben und Organen uns entgegen, aber wir finden, daß die Funktionen und Ernährungsvorgänge des Gesamtkörpers einerseits zentralisiert, andererseits abhängig sind von den Tätigkeiten der einzelnen Zellen. Wie nämlich auf der Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte 1900*) Prof. Dr. Hansemann ausführte, finden wir im Körper der höher organisierten Tiere ein Abhängigkeitsverhältnis der Zellarten untereinander, welche nach dem Vorgange Spencers als Altruismus bezeichnet wird. Ebenso wie bei der bipolaren Anordnung der sekretorischen Zellen die Basis derselben Nahrung aus den Saftspalten aufnimmt und die Zelle an der ins Drüsenlumen hineinragenden Fläche sezerniert, aber andererseits aus dem Drüsensekret wieder aufnimmt und an der Basis Stoffe in die Saftspalten abgibt, so haben alle Zellarten, auch die nicht im gewöhnlichen Sinne sekretorischen, einen spezifischen Stoffwechsel, indem sie bei der Aufnahme von Nahrungsmaterial einen Teil assimilieren, aber auch einen Teil in veränderter Form in die Lymphbahnen zurückgeben. Hierdurch entstehen bestimmte Beziehungen der Zellen und Organe untereinander, welche weniger im Verlaufe des physiologischen Lebens als unter pathologischen Verhältnissen uns demonstrieren, daß bei veränderter Tätigkeit einzelner Gewebe und Organe der ganze Organismus mitaffiziert wird. Wenn wir in diesem Abhängigkeitsverhältnisse der Zellenkomplexe untereinander, dem Altruismus, eine Erweiterung unserer Auffassung über zellulare Tätigkeit finden, so ist das Resultat der Blutveränderung doch nicht den vor Virchowschen humoralpathalogischen Vorstellungen gleichzustellen, andererseits wird hierdurch für unsere Therapie die Direktive gegeben.

Wo wir in genannten Vorgängen die Selbständigkeit der Zellen beeinflußt finden durch Stoffe, die auf dem Wege des Ernährungsstromes an dieselben herantreten, finden wir ein weiteres Abhängigkeitsverhältnis durch das die Zellenfunktionen dirigierende Nervensystem. Schon Rindfleisch (Die Elemente der Pathologie) sagt: „Man kann sehr wohl die Individualität der Zelle anerkennen und doch zugleich der Einrichtungen gedenken, welche ihre Autonomie in

*) Münch. med. Wochenschrift 1900. 24.

Digitized by Google

funktioneller und nutritiver Richtung beschränken." Justus Gaule*) ist experimentell an die Frage herangetreten, inwiefern in den Geweben das Verhältnis zwischen bildenden und abbauenden Kräften durch das Nervensystem geregelt wird. Durch seine 1894 auf dem medizinischen Kongresse in Rom demonstrierten Präparate scheint erwiesen, daß nach Ausschaltung der durch das Gangliensystem gelieferten Kraftwirkung nun die zerstörenden Kräfte, welche zugleich mit dem Ernährungsstrome zu den Umhüllungsräumen des Parenchyms gebracht werden, hinreichen, in kurzer Zeit, die nach Minuten zählt, das Zellenleben zu vernichten, da bei Ausrottung bestimmter Ganglien die abhängige Muskulatur die demonstrierten auffälligen Destruktionen mit Auflösung ganzer Teile erkennen ließ.

Für unser praktisches Verhalten am Krankenbette werden wir hieraus die Lehre ziehen, daß wir unter Umständen ebensowohl den diagnostizierten zellularpathologischen Veränderungen als auch den etwaigen vermißten trophoneurotischen Einflüssen unsere Aufmerksamkeit zuwenden müssen.

Gehen wir nun auf die Frage ein, wodurch im allgemeinen eine Einwirkung des Nichtlebenden, also der Außenwelt, auf die lebende Zelle stattfinden kann, so lautet seit Glisson die Antwort, durch die Reizbarkeit der Zelle selber, welche nach Virchow nutritiver, formativer und funktioneller Natur sein kann. Die Reizbarkeit an sich läßt sich wohl als ein Mitschwingen des Protoplasmas mit den verschiedenartigsten Bewegungsvorgängen der Außenwelt auffassen.

Wenn nun im kleinen Raume einer winzigen Zelle allen Bedingungen für ein gedeihliches Fortkommen in der eigenen Anlage Genüge geleistet ist, so können die ponderablen Stoffe der Außenwelt erst dann eine Einwirkung entfalten, wenn gewisse Bedingungen erfüllt sind, deren hauptsächlichste darin besteht, daß die Stoffe im Wasser gelöst oder suspendiert sind. Wir unterscheiden dem entsprechend im Nahrungsstrome zwei Hauptabteilungen von Stoffen, die einen Reiz auf die Zelle ausüben können, nämlich a) die eigentlichen Lösungen und b) die abbaufähigen und assimilierbaren Stoffe.

Die Lehre über Lösungen**) hat in den letzten Jahren eine völlige Umgestaltung erfahren, wovon einige angedeutet sein mögen. Bekanntlich verteilen sich die Moleküle eines Stoffes beim Entstehen einer Lösung allmählich gleichmäßig in der ganzen Flüssigkeit (Diffusion). Hat man aber in einem Behälter zwischen der konzentrierten Lösung und dem Wasser eine Scheidewand angebracht, die nur für Wassermoleküle durchgängig ist, nicht aber für Salzmoleküle,

*) Deutsche med. Wochenschr. 1894, No. 24.
**) Nach Hans Koeppe, Physikalische Chemie in der Medizin.

Digitized by Google

was sich durch eine sogenannte semipermeable Membran bewerkstelligen läßt, so wird von den gelösten Salzteilchen ein Druck gegen die Scheidewand ausgeübt, welchen man den osmotischen Druck nennt. Es sei erwähnt, daß wir diese semipermeable Membran sowohl bei tierischen als pflanzlichen Zellen vorfinden.

Van 't Hoff hat über das Verhalten der gelösten Moleküle die fruchtbare und alle Erscheinungen aufklärende Theorie aufgestellt, „daß in einer Lösung der gelöste Stoff sich wie ein Gas verhält, und ein in einem bestimmten Raumteile Wasser gelöster Stoff denselben osmotischen Druck ausübt, den er als Gasdruck ausüben würde, wenn er bei Abwesenheit des Wassers den gleichen Raum als ein Gas erfüllte".

Bei den Untersuchungen des osmotischen Druckes fanden viele Erscheinungen erst dann ihre volle Erklärung nach der van 't Hoffschen Lehre, als die Theorie der elektrischen Dissoziation von Arrhenius mit herangezogen wurde. Danach werden bei der Lösung die Stoffe nicht allein in Moleküle getrennt, sondern es findet teilweise eine Spaltung der Moleküle in freie Atome statt, worauf die elektrische Leitung dieser Lösung zurückzuführen ist. Nach der Theorie von Arrhenius wird der Elektrolyt nämlich in elektrisch positive und negative Ionen gespalten, die in der Lösung als selbständige Moleküle am osmotischen Drucke Anteil nehmen, wie die neutralen. Aber sie bewirken auch noch andere, die Aerzte interessierende Vorgänge. Wenn nämlich das ganze Molekül durch eine semipermeable Membran zurückgehalten wird, kann unter Umständen einem Teil der Ionen die Passage freistehen. Hierdurch ist die Möglichkeit für das Entstehen einer neuen chemischen Verbindung und für die Speicherung im Innern der Zelle gegeben. Hat der Protoplast einer inneren Gewebsschicht Stoffe auf diosmotischem Wege aufgenommen, so werden diese entweder durch die vitale Tätigkeit der Zelle in feste Form übergeführt oder bleiben in der Zellflüssigkeit in Lösung und können durch den entstehenden osmotischen Druck Wasser in die Zelle führen.

Doch nicht allein die dem Körper in Lösung zugeführten Stoffe kommen bei den endosmotischen Vorgängen in Betracht, sondern auch die durch den Abbau des Riesenmoleküls des Eiweißes entstehenden Zerfallsprodukte, die teilweise löslich sind. Nach den Ausführungen von Poehl und Gautier steht die Löslichkeit der Zerfallsprodukte im direkten Verhältnisse zur Intensität der Oxydationsvorgänge im Gewebe; es werden also in Geweben, die von sauerstoffreichem Blute umspült werden, leicht lösliche, bei herabgesetzter Intraorganoxydation schwer lösliche Verbindungen gebildet.

Digitized by Google

„Nun ist es klar," sagt Poehl*), „daß bei normaler Intraorganoxydation das Leben der Zelle eine Erhöhung des osmotischen Druckes zur Folge hat. Die hierdurch entstandene Druckdifferenz zwischen Flüssigkeit der Gewebsspalten und dem Inhalte der Lymphwege führt dazu, daß nun aus den Lymphwegen nach den Gewebsspalten Flüssigkeit aspiriert wird." Somit wird die Lymphzirkulation nicht ausschließlich durch den Blutdruck, sondern zum großen Teil durch die Saugwirkung des Stoffwechsels bedingt. Häufen sich diese Stoffwechselprodukte zu sehr an, so muß die osmotische Spannung einen Grad erreichen, welcher die Lebenstätigkeit der Zelle ungünstig beeinflußt. „Derselbe wird dadurch verhütet, daß das Plus an festen Molekülen, welches aus der Eiweißzerstörung hervorgeht und den osmotischen Druck erhöht, vom Blute den Nieren zugeführt und durch die Nieren ausgeschieden wird." Für die Regelung des osmotischen Druckes in den Geweben tritt die Wertigkeit gut funktionierender Nieren in ein anderes Licht.

Somit läßt uns die neue Endosmosenlehre die Bedeutung der Salze für die Ernährung in richtiger Weise abschätzen und unter pathologischen Zuständen die Wirkungsweise der verordneten Mineralwasserkuren nach ihrem Werte beurteilen, andererseits leuchtet klar ein, daß die Verabfolgung von Salzen in homöopathischen Dosen eine Wirkung nicht erzielen kann.

(Schluß folgt.)

I. Pharmacologie, Balneologie Hygiene und Bacteriologie.

Die Schädlichkeit der „Patentverschlüsse". Ein englischer Arzt, Dr. F. A. Pond in Liverpool, hat, wie „The Evening Citizen" (Glasgow) mitteilt, durch eingehende mikroskopische und längere Zeit andauernde Untersuchungen festgestellt, daß der rote Gummiring des „Patentverschlußes" oft die Ursache von Darmkrankheiten und besonders der gefürchteten Blinddarmentzündung ist. Er verweist darauf, daß solche Erkrankungen häufig einer Vergiftung durch Antimon zuzuschreiben sind, und zwar soll die Quelle des vom Menschen aufgenommenen Antimons in den Gummiringen liegen, die so vielfach zum Verschluß von Flaschen benutzt werden. Dr. Pond hat festgestellt, daß fast ein Drittel des Gewichts dieser Gummiringe aus Antimon besteht. Das Antimon wird durch die alkalische und organische Säuren enthaltenden Mineralwässer aufgelöst und

*) Prof. Poehl, Osmotischer Druck in seiner Beziehung zur Entstehung und Beseitigung von Krankheitszuständen Z. f. Physik.

Digitized by Google

gelangt so in den Inhalt des damit verschlossenen Gefäßes. Pond hat ermittelt, daß eine häufig wiederholte Aufnahme von Antimon, namentlich durch stetige Schwächung der Magen- und Darmmuskulatur, die Quelle einer Reihe von Störungen des Ernährungs- und Verdauungssystems werden kann. — Er hat wiederholt Antimon im Blinddarm vorgefunden, das dort die Entzündung hervorgerufen hatte. Bei seinen Nachforschungen nach der Herkunft dieses Antimons hat er dann festgestellt, daß der Gummiring des Patentverschlußes oft brüchig ist, und in diesem Zustande beim Zusammenpressen durch den Patenthebel oder beim Oeffnen desselben kleine Teile in die in der Flasche befindliche Flüssigkeit abgibt. Von hier aus gelangen diese Teilchen dann in Magen und Darm des Menschen. Wenn man eine neue, zum ersten Male in Gebrauch kommende Gummi-Ringscheibe mit einer soundsoviel ungezählte Male benutzten bezüglich des Volumens und des Gewichts vergliche, — so sagt Dr. Pond — so überrasche die Größe des Unterschieds zwischen den Vergleichsobjekten und wenn man sich dann weiter frage, wo denn das in Verlust geratene Material geblieben sei, so gebe es eben keine andere Antwort, als die daß es sich nach und nach dem Flascheninhalt mitgeteilt haben müsse. Von dort gelange es in Magen und Darm des Menschen und es sei einleuchtend, daß ein solcher Vorgang von großem Nachteil für den Menschon sein müsse. Er habe seine Entdeckung erst dann veröffentlicht, nachdem er sie mit einer ganzen Reihe von Fällen habe belegen können und nachdem sie von mehreren Aerzten nachgeprüft sei. —

Der „Allgemeine Anzeiger für Brauereien" etc. schreibt unterm 12. Juli über die Schädlichkeit der Patentverschlüsse u. a. folgendes:

„Diese Ringe, die sich angesichts der unsere Zeit beherrschenden Sucht nach Geldbilligkeit in weitesten Kreisen immer mehr beliebt gemacht haben, werden ja bekanntlich auch als die eigentlichen Herde für gesundheitsschädliche Mikroben aller Art betrachtet, können also zur Uebertragung von ansteckenden Krankheiten, besonders in den minder bemittelten Kreisen, dienen welche die Flaschen gleich unmittelbar als Trinkgefässe zu benutzen pflegen, also besonders bezüglich Tuberkulose, Syphilis usw. Auch bei den öffentlichen Fernsprechapparaten sind die Gummimembranen aus dem gleichen Grunde angeklagt worden, und hat dieserhalb bereits vor Jahr und Tag die Königl. Bayrische Telegraphen-Verwaltung in München Desinfektoren an den öffentlichen Telephon-Apparaten angebracht Es ist auch sehr fraglich, ob die polizeilich vorgeschriebene regelmäßige Wasserreinigung der Gummiringe an Bier- und

Digitized by Google

anderen Flaſchenverſchlüssen genügt — hat doch das Institut für Gärungs-Gewerbe in Berlin vor nicht langer Zeit einen Preis auf die rationellste Reinigung dieser Membranen ausgeſchrieben. Um so größere Sorgfalt sollte also dieser Frage gewidmet werden; bedienen sich doch beispielsweise die staatlichen Mineralbrunnen von Preußen von jeher niemals der mechaniſchen bezw. Patentverſchlüsse mit Gummiabdichtung trotz ihrer größeren Billigkeit."

Es dürfte jetzt wohl der Augenblick gekommen sein für die einſchlägigen Behörden, wie z. B. die Polizei-Verwaltungen und besonders das Reichsgesundheitsamt, sich eingehend mit der Frage zu beſchäftigen, ob noch weiter diese gesundheitsſchädlichen Patent-Verſchlüsse als Flaſchenverſchluß verwendet werden dürfen.

Was ist „Antimon"? Antimon oder „Spießglanz" ist ein chemiſches Produkt aus der Gruppe der Metalloide. Die Farbe ist weißgrau, metallglänzend; der Charakter kristalliniſch und spröde. Es ſchmilzt bei einer Hitze von 450° C. und verbrennt mit bläulicher Flamme, weißem Rauch und etwas knoblauchartigem Geruch. In seinen chemiſchen Eigenſchaften und Wirkungen ist es dem Phosphor und dem Arsenik ähnlich. Es wird in Verbindung mit Schwefel als Schwefel-Antimon dem Kautſchuk zugesetzt, aus welchem dann Gummiſchläuche, Bälle etc. und die berüchtigten Gummiringe hergestellt werden.

Zur O-Wirkung der Seeluft. Von Dr. Ide, Amrum. Durch eine Reihe von Versuchen, welche vor zwei Jahren in Westerland auf Sylt angestellt wurden, ist festgestellt, daß ſchon das Seeklima allein eine bedeutende Erhöhung der O-Aufnahme herbeizuführen imstande ist. Dieselben ergaben gegenüber Berlin eine Zunahme des O um 12 pCt., welche jedoch nur drei Tage anhielt. In einem zweiten Falle wurde eine solche um 7,5 pCt. konstatiert, welche während der ganzen Kurzeit andauerte, während sich in einem anderen Falle eine vermehrte O-Aufnahme nicht sicher feststellen ließ. Durch diese Ergebnisse können die Vermutungen der meisten alten Badeſchriftsteller, welche eine Reihe von Seeluftwirkungen allein auf die in derselben stattfindenden erhöhten O-Aufnahme und Oxydation zurückführen, nur eine teilweise Stütze erhalten. Denn aus der vermehrten O-Aufnahme geht noch nicht hervor, daß nun auch eine erhöhte, das heißt intensivere Oxydation in den Geweben stattfindet. Eine vermehrte O-Aufnahme können wir zum Beispiel auch durch starke Muskelarbeit herbeiführen, und braucht dabei, wie wir aus der vorhandenen Dyspnoe ersehen können, noch nicht einmal der normale O-Bedarf gedeckt zu werden. Daß im Seeklima eine inten-

Digitized by Google

sivere, qualitativ vermehrte Oxidation in den Geweben stattfinden muß, sehen wir beim Asthma Aehnlich wie unter dem Einfluß der Inhalation reinen Sauerstoffes verfchwinden die asthmatifchen Befchwerden vielfach sofort beim Eintreten in das Seeklima. Zum Teil verspüren die betreffenden Patienten fchon bei Annäherung an die Küste, zum Teil beim Betreten des sie zu ihrem Bade führenden Schiffes das Schwinden derselben. In vielen Fällen kehren ja auch allerdings an der See die asthmatifchen Befchwerden wieder. Diese Rückfälle sind in der Regel auf die zu starke Beeinflußung durch die ein erhöhtes O-Bedürfnis erzeugenden Faktoren zurückzuführen. Durch Fernhaltung derselben gelingt es leicht, die Rückfälle zu beseitigen. Ebenso finden wir für gewisse Wirkungen des Seeklimas auf das Nervensystem nur in der Annahme einer intensiveren O-Aufnahme seitens der Gewebe eine hinreichende Erklärung. Die Atmung einer O-reicheren Luft wirkt fchon auf Gesunde gewissermaßen beruhigend, „der Puls verlangsamt sich, die Atemfrequenz wird geringer, die willkürliche Muskulatur fcheint mehr erfchlafft zu sein", weit auffallender ist sie jedoch bei manchen krankhaften Zuständen des Nervensystems. Manche Nervöse verspüren fchon bei der Annäherung an die See ein gewisses Gefühl der Beruhigung und Erleichterung, wenn der lange entbehrte, ruhige Schlaf oft fchon gleich in der ersten, im Seeklima zugebrachten Nacht sich einstellt, wenn bisherige krampfhafte Zustände, wie ein Tic convulsiv oder andere nervöse Leiden, wie Ifchias oder Magen- oder Darm- oder Herzneurosen, mitunter wie mit einem Schlage an der See verfchwinden. Zur Erklärung aller dieser Wirkungen kann man sich nur vorstellen, daß tiefere, in den erkrankten Körperteilen vorhandene Stoffwechselstörungen durch den mit einem Male zur Wirkung kommenden, erhöhten Sauerstoffdruck beseitigt werden, zum Beispiel bei Zuständen, in denen das Blut mit Kohlensäure überladen ist. Was aber bei einer Kohlensäurestauung im ganzen Körper möglich ist, wird auch bei einer solchen, aus irgend welchem Grunde in einem einzelnen Körperteil vorhandenen stattfinden können. — Sehr notwendig ist die Unterfcheidung zwifchen einer die Oxydation verstärkenden und einer den Stoffwechsel einfach vermehrenden Ursache, worauf vor allem das Bild der „klimatifchen Ueberreizung" hinweist. Bei derselben sehen wir, daß alle günstigen Wirkungen der Seeluft — so die erwähnten auf das Asthma und auf das Nervensystem — sofort aufhören oder in ihr Gegenteil verkehrt werden, sobald durch Wind, Kälte, Lichtreize usw. der Stoffwecksel in quantitativer Beziehung eine stärkere Erhöhung erfährt. Trotz der erhöhten O-Aufnahme in der

Digitized by Google

Seeluft ist dann eben der zur Verfügung stehende O-Vorrat nicht mehr imstande, den Bedarf in gleicher Weise zu decken, wie dies sonst der Fall ist. Werden durch vorsichtigere Lebensweise die ein erhöhtes O-Bedürfnis erzeugenden Faktoren ausgeschaltet, so stellt sich meistens auch die ursprüngliche günstige Wirkung wieder ein. Während bei Gesunden das Seeklima sonst den Appetit erhöht, das Nervensystem erfrischt und den Schlaf vertieft und ihnen bald die frischrote Farbe der Inselbewohner verleiht, ruft die „klimatische Ueberreizung" bei ihnen Appetitsabnahme, nervöse Reizbarkeit und Schlaflosigkeit und oft auch eine deutlich erkennbare Zyanose hervor und finden wir wieder in dem O-Mangel des Blutes und der dadurch herbeigeführten Retardation des Stoffwechsels die nächstliegende Erklärung. Möge aber die erhöhte Sauerstoffaufnahme herbeigeführt sein wodurch sie wolle, so steht doch jedenfalls die Tatsache derselben und der dadurch erzeugten erhöhten Gewebsoxydation nach den Ausführungen des Verf. in unzweifelhafter Weise fest, und haben wir in derselben sicher eine der wesentlichsten Ursachen der Seeluftwirkung. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther., H. 4, 1905.

II. Medicin.

Ueber das Wesen der Hämophilie. Von Prof. H. Sahli (Bern). (Zeitschrift für klin. Medizin, 1905, 56. Bd., 3. und 4. Heft)

S. hatte zufällig in der letzten Zeit Gelegenheit, auf der Klinik vier Fälle von Hämophilie zu beobachten und benutzte diesen nicht häufigen Anlaß, um über das Wesen und die Pathogenese dieser so interessanten und so dunkeln Krankheit einige Untersuchungen anzustellen, welche er in vorliegender Arbeit mitteilt. Es handelte sich wie gewöhnlich um exquisit hereditäre Fälle, von denen aber nur zwei unter sich in Beziehung standen, also um drei hämophile Familien. S. faßt die Resultate seiner Untersuchungen wie folgt zusammen:

1. Die morphologische Untersuchung des Blutes bei drei verschiedenen Familien angehörigen Hämophilen ergab eine mäßige Verminderung der prozentischen Zahl der neutrophilen Leukocyten mit prozentischem Ueberwiegen der Lymphocyten. Die Gesamtleukocytenzahl war normal oder vermindert, und somit bedeutet die relative Verminderung der polynucleären Leukocyten auch eine absolute Verminderung derselben.

Digitized by Google

Für die Blutplättchen ergab die Zählung in den zwei Fällen, wo sie vorgenommen wurde, niedrige Zahlen, die aber nicht außerhalb der Grenzwerte für die Plättchenzahl gesunder Personen liegen.

2. Die in dem einen Fall vorgenommene Bestimmung der Alkalität des lackfarbenen Blutes, des Trockenrückstandes des Serums und die Untersuchung der Gefrierpunktserniedrigung des Serums ergab normale Resultate.

3. Die in dem einen Fall bestimmte Fibrinmenge des Blutes war normal.

4. Die Gerinnung des Blutes erwies sich in allen vier Fällen von Hämophilie zur Zeit, wo die Kranken keine Blutungen hatten, als hochgradig verlangsamt gegenüber der Norm. Dies ist so konstant, daß es diagnostisch verwertbar ist. Die Verlangsamung war deutlicher zu erkennen an der Vollendung als an dem Zeitpunkte des Beginnes der Gerinnung. Die Unterschiede gegenüber der Norm sind am ausgesprochensten, wenn der Versuch mit größeren Blutmengen angestellt wird. Die Nichtberücksichtigung dieser Umstände erklärt zum Teil die bisherigen widersprechenden Angaben über die Gerinnungsgeschwindigkeit des hämophilen Blutes. Eine weitere Ursache solcher Widersprüche liegt in der Nichtberücksichtigung des Einflusses der äußeren Temperatur und bei Anwendung der Vierordt'schen Bestimmungsmethode in dem Einfluß der Weite der Gerinnungskapillaren auf die Gerinnungszeit Um diese Einflüsse als Fehlerquellen auszuschalten, muß verlangt werden, daß bei allen Bestimmungen der Gerinnungsgeschwindigkeit hämophilen Blutes zur Vergleichung gleichzeitige Versuche mit gleich weiten Capillaren bei gesunden Controlpersonen ausgeführt werden, während die Vergleichung mit einer starren Norm falsche Resultate geben muß, da eine solche überhaupt nicht existiert. Auch muß das Blut, um die verlangsamte Gerinnung bei Hämophilen nachzuweisen, stets aus einer ganz frischen kleinen Stichwunde und nicht aus einer schon längere Zeit blutenden Wunde entnommen werden, und zwar zur Zeit, wo der Kranke nicht an einem Blutverlust leidet. Sonst erhält man mit Rücksicht auf das unter 5. Gesagte abweichende Resultate, besonders, wenn man gar das Blut zur Untersuchung aus der Wunde entnimmt, aus welcher der Patient schon viel Blut verloren hat.

5. Zur Zeit, wo der eine dieser Hämophiliepatienten an einer schwer stillbaren Blutung litt, zeigte das aus der Verletzung tropfende Blut unter Bildung eines starken Fibrincoagulums auf der Wunde hochgradige Beschleunigung der Gerinnung, infolge der Beladung des aussickernden Blutes mit Fibrinferment aus dem Coagulum, über welches

Digitized by Google

es floß. Aber auch das aus einer frischen Stichwunde an einer anderen Stelle des Körpers zur Untersuchung entnommene Blut gerann zu dieser Zeit rascher als in der Norm oder mindestens normal rasch, was wohl als die Folge einer Reaktion des Organismus gegen die Blutung zu deuten ist, denn nach dem Aufhören der Blutung trat bald wieder die verlangsamte Gerinnung des Blutes auf.

6. Die Fortdauer der hämophilen Blutung trotz hochgradiger Gerinnungsbeschleunigung des aus der blutenden Wunde gewonnenen Blutes (vergl. 5) kann nur auf die abnorme Qualität der lädirten Wandungen der blutenden Gefäße zurückgeführt werden, welche ungenügende Mengen der Substanzen liefern, die bei der normalen Fibrinfermentation und Thrombenbildung in den Gefäßmündungen lokal in Wirkung treten sollten. Unsere Beobachtung beweist für den physiologischen Zustand des Organismus eine solche aktiv chemische Beteiligung der lädirten Gefäßwand an der natürlichen Blutstillung. Bei der Hämophilie fehlt diese Wirkung oder sie ist wenigstens auf ein Minimum reduzirt. Dasjenige, was bei der Hämopsilie im Gegensatz zur Norm in ungenügender Menge von der lädirten Gefäßwand geliefert wird, ist wahrscheinlich entweder Thrombokinase oder zymoplastische Substanz oder beides zusammen.

7. Die mangelhafte Gerinnungsfähigkeit des Blutes in den Intervallen zwischen den hämophilen Blutungen ist eine der angeführten fehlerhaften chemischen Beschaffenheit der Gefäßwände coordinirte Erscheinung und aus analogen Qualitäten der Zellen des Blutes oder der blutbildenden Organe, wie wir sie für die Zellen der Gefäßwände supponirten, zu erklären. Vielleicht handelt es sich dabei um eine allgemeine, durch das Keimplasma vererbbare Eigenschaft der Zellen des hämophilen Organismus. Die Gerinnungsverlangsamung des Blutes erklärt die lange Dauer der hämophilen Blutungen nicht, da sie eine Eigenschaft blos des extravasculären Blutes ist und zur Blutstillung das Blut im Innern der Gefäße gerinnen muß und da außerdem zur Zeit der hämophilen Blutung, wenigstens wenn dieselbe einige Zeit gedauert hat, diese Eigenschaft des extravasculären Blutes nicht mehr notwendiger Weise existirt, sondern in ihr Gegenteil umschlagen kann.

8. Die sub 6 angenommene chemische Veränderung der Gefäßwand bei der Hämophilie erklärt auch das Auftreten der spontanen Blutungen bei dieser Krankheit, wenn man annimmt, daß der gestörte Chemismus der Gefäßwand mit abnormer Brüchigkeit oder, falls man die Blutungen auf die Diapedesis zurückführt, mit abnormer Durchlässigkeit der Gefäßwände verbunden ist. Mit dieser Annahme erklären

Digitized by Google

sich auch ohne weiteres die sogenannten lokalen Hämophilien, wie sie Senator und nach ihm andere, besonders für die Nieren, beschrieben haben.

9. Wenn die den Zellen der Gefäßwände und des Blutes zugeschriebenen Eigenschaften bei der Hämophilie allen Zellen des Körpers eigen sind, so würde darauf vielleicht als auf eine Prädisposition das Auftreten der Gelenkentzündungen und ihr torpider Verlauf zurückzuführen sein, falls es sich zeigen sollte, daß nicht für alle Fälle dieser Gelenkaffektionen die Erklärung der Erscheinungen aus primären Gelenkblutungen ausreicht.

10. Therapeutisch ist gegen die hämophile Konstitutionsanomalie als solche nach dem heutigen Stande unseres Wissens blos die Indication der Hebung des Allgemeinzustandes, speziell durch gute und reichliche Ernährung rationell begründet, und zwar mit Rücksicht auf die Erfahrungen über spontane Heilung der Hämophilie durch Erstarken des Gesamtorganismus. Die Bevorzugung von Vegetabilien in der Nahrung als therapeutische Maßregel hat keinen Sinn und beruht auf einer Vermengung der Hämophilie mit dem Scorbut, die durch nichts gerechtfertigt ist.

11. Gegen die Blutungen, soweit sie äußerlich zugänglich sind, erweisen sich Compression und Gelatineverbände wirksam, zulässig erscheint auch eine Combination dieser Maßregeln mit vorheriger lokaler Application von Adrenalin, obschon dies bisher bei Hämophilie noch nicht praktisch erprobt ist. Vor dem Versuch, durch die Allgemeinwirkung subcutan injizirter Gelatine eine hämophile Blutung zu stillen, ist zu warnen. Innerlich dargereichte Gelatine ist zwar unschädlich, aber wahrscheinlich wirkungslos. Für die Wirksamkeit anderer innerlicher Mittel zur Blutstillung, auch des innerlich dargereichten Chlorcalciums, sind bisher keine sicheren Anhaltspunkte vorhanden. Speziell entbehrt die Darreichung von Ergotin jeder rationellen Begründung. Contraindicirt erscheint auch die innerliche oder subcutane Anwendung des Adrenalins zur Stillung hämophiler Blutungen. Die lokale Anwendung von Eisenchlorid ist unzweckmäßig. Ob die lokale Appliction von Chlorcalcium oder diejenige von zymoplastischen Substanzen oder Thrombokinase in Form von Gewebssäften oder ihren Extrakten sich bewähren wird, ist sehr fraglich in Anbetracht des in einem Falle konstatirten ohnehin gesteigerten Gerinnungsvermögen des extravaskulären Blutes während der Blutungen. Jedenfalls müßten diese Substanzen durch einen Druckverband möglichst in die eröffneten Gefäßlumina hineingepreßt werden. Eigentlich braucht man aber diese Substanzen gar nicht und wahrscheinlich erreicht man prak-

Digitized by Google

tiſch das Nämliche viel besser, wenn man das in der Wunde auch bei der Hämophilie entstehende Fibrinferment samt der ebenfalls in derselben entstehenden Thrombokinase und zymoplastiſchen Substanz durch einen hydrauliſch dichten und fest anliegenden Gelatineverband in die eröffneten Gefäßlumina hineinpreßt. Eine andere als locale Anwendung von Thrombokinase und zymoplastiſchen Substanzen wäre wahrſcheinlich gefährlich.

Die erste ärztliche Hilfe bei Blutungen aus dem Respirations- und Verdauungstraktus. Von Prof. H. Senator Berlin. (Zeitſchrift für ärztliche Fortbildung 24/05.) Tritt eine Blutung aus den tieferen Teilen des Respirationsapparates auf (die aus den oberen erfordern hier mehr örtliche, chirurgiſche und spezialistiſche Behandlung), so ist der Kranke zunächst in halbhohe Rückenlage zu bringen. Ist die Blutung lebensbedrohend, so kommen die Esmarchſche Einwickelung der Glieder von der Peripherie nach dem Zentrum hin und die Infusion physiologiſcher Kochsalzlösung in Frage. Besser noch als letztere wirkt die Natriumsaccharatlösung, die ein starkes Erregungsmittel für das Herz und die Zentralorgane bildet. Dieselbe besteht aus einer pro Mille enthaltenden Kochsalzlösung mit Zusatz einer Natriumsaccharatlösung von 2,3 bis 5 pro Mille. Ist die Blutung nicht direkt lebensgefährlich, so tut eine Eisblase, auf die Brust gelegt, vor allem gute Dienste ſchon deshalb, weil sie eine Abkühlung der Herzgegend bewirkt und so die Pulsfrequenz der gewöhnlich erregten Patienten etwas herabsetzt. Das Schlucken von 1 Tee- bis Eßlöffel Kochsalz sowie die plötzliche Anwendung von Kälte auf den Nacken oder die Hoden, beides alte Volksmittel, beruhen, falls sie helfen sollten, auf einer Shockwirkung. Besser ſchon wäre das Binden oder Abſchnüren der Glieder, durch die eine Menge Blut in den peripheren Teilen zurückgehalten werden kann.

Die hämostatiſchen Mittel kann man in drei Gruppen einteilen. Die ersten beiden (die Adstringentien resp. die Präparate Hydrastis, Hamamelis und Stypticin) können nichts leisten, da ihnen eine Fernwirkung fehlt. Zur dritten Gruppe, die die Gerinnungsfähigkeit des Blutes erhöht, gehören die Gelatine und die Kalkpräparate. Am meisten zu empfehlen ist die Gelatine, zwar nicht in subkutaner Anwendung wegen der starken Schmerzhaftigkeit und üblen Nebenerſcheinungen, nicht aber innerlich oder per rectum. Per os läßt man sie in einer Abkochung von 10, 15, 20 : 200 geben mit einem Zusatz von 20 oder 30 g Elaeosacch. Citri oder Himbeersaft. Davon kann alle 2—3 Stunden, selbst noch öfter 1 Eßlöffel genommen werden. Vor dem Ein-

Digitized by Google

nehmen muß die Flaſche durch Einsetzen in warmes Wasser erwärmt werden. Per Rektum appliziert man von einer Abkochung von 10, 20, 50 g : 200—500, nachdem sie erwärmt ist, ein- oder zweimal des Tages etwa die Hälfte. Kalkpräparate wendet man deshalb an, weil für die Gerinnung des Blutes Kalk notwendig ist. Am geeignetsten ist das Calcium chloratum, das man entweder innerlich zu 0,3—0,5 und noch mehr in Pulverform gibt oder auch per rektum, indem man von einer 10 proz. Kalziumchloratlösung etwa 50 g einspritzen läßt. Das beste Mittel allerdings ſcheint das Stagnin zu sein, ein von Landau und Hirſch empfohlenes Milzpräparat, das eine braune Flüssigkeit darstellt. Es wird zu 1—2 cm^3 in das Parenchym der Glutäalmuskeln eingespritzt.

Neben der medikamentösen Behandlung ist physische wie psychiſche Ruhe durchaus erforderlich. In dieser Beziehung wirkt oft eine Morphiumeinspritzung recht günstig, indem sie den Hustenreiz und die etwa bestehenden Schmerzen mildert. Wegen der starken Aufregung der Herztätigkeit ist nicht selten noch Digitalis am Platz. Von anderen Mitteln hat Verf. in neuerer Zeit am liebsten Adrenalin oder Suprarenin brauchen lassen (von einer 1 pro Mille-Lösung 15—20 Tropfen alle 3 Stunden).

Bei Magenblutungen ist ebenfalls eine halberhöhte Lage und Eisblase erforderlich. Innerlich verabreicht man Magisterium Bismuti in Pulverform zu 0,5 und mehr. Es wird gar nicht oder nur sehr ſchwer resorbiert und deshalb kann man hoffen, daß wenigstens ein Teil des Pulvers an die blutende Stelle kommt und da ein Gerinnsel und eine ſchützende Decke bildet. Daneben kommen die Diät und Ernährungsklistiere in Frage. Bei Blutungen aus dem Darm sind außer Ruhe, Beſchränkung der Nahrungszufuhr ganz leichter, flüssiger Stoffe auf das geringste Maß, Eisblase, Gelatine per os und per rectum und Wismut das Wirksamste. Das Opium, was neben den Adstringentien wohl noch empfohlen wird, um den Darm ruhig zu stellen, ist ein zweiſchneidiges Schwert, denn es geſchieht leicht, daß die Blutung immer weiter geht, aber kein Blut entleert wird, weil es sich im Darm ansammelt und man so über den Zustand getäuſcht wird.

Ueber den Wert des Pyramidons für die Behandlung des Abdominaltyphus. V. C. Hödlmaser. (Wiener kliniſche Wochenſchrift 5/05.) Auf das von den Höchster Farbwerken fabrizierte Pyramidon hat im Frühjahr 1903 Valentini zuerst die Aufmerksamkeit zur Verwendung bei der Behandlung des Abdominaltyphus gelenkt. Trotzdem Hödlmaser nicht mit so

Digitized by Google

hohen Dosen wie Valentini arbeitete, erklärt er doch, daß die Beeinflussung des Allgemeinbefindens unter der Pyramidonbehandlung eine günstige ist. Das Pyramidon wird in Pulvern von 0,2 g Erwachsenen dreistündlich gereicht, nur ganz ausnahmsweise in schweren Fällen zweistündlich, und zwar bei Tag und Nacht. In den leichten Fällen wird es nur ein- bis zweimal am Tage gegeben. Gegen Ende der Krankheit muß die Verabfolgung allmählich eingeschränkt werden. Kinder erhalten etwa 0,05 g. Die Wirkung des Pyramidons auf die Typhustemperaturen ist in der Regel eine geradezu enorme. Geringe Pyramidondosen bringen einen Temperaturabfall um 3—4° zustande, der meist mit intensivem Schweißausbruch verbunden ist, ohne jedoch für die Kranken irgendwelche lästige Begleitsymptome mit sich zu führen. Die Herabsetzung der Temperatur äußert sich vor allem in einer günstigen Beeinflussung der nervösen Erscheinungen und des Sensoriums. Kollapserscheinungen waren in keinem einzigen Falle zu konstatieren. Die Pulszahl verlangsamte sich eher, wobei der Puls in seiner Qualität nicht alteriert wurde Dabei spielten sich die übrigen Typhuserscheinungen in bedeutend milderer Form ab, namentlich die Darmerscheinungen. Der Dekubitus konnte bei der Freiheit des Sensoriums fast gänzlich vermieden werden. Schädliche oder unangenehme Nebenwirkungen blieben fast immer aus. Nur in einigen Fällen trat vorübergehend Erbrechen auf, was zu einem Aussetzen des Mittels zwang, jedoch wurde es dann per Klysma gegeben und auch da war die Wirkung eine prompte. Eine Abkürzung der Krankheitsdauer erfolgte in der Mehrzahl der Fälle nicht; auch ist es selbstverständlich nicht als Spezifikum, sondern als gutes Fiebermittel aufzufassen, das gerade bei Typhus hervorragendes leistet. Mit der Behandlung muß möglichst frühzeitig begonnen werden, weil gerade im Stadium des hohen Fiebers die Einwirkung des Mittels eine prompte ist und man dadurch an Kraft des Patienten spart.

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Die Verletzungen des Gehörorgans haben in der Unfallversicherung ohne Zweifel eine stetig wachsende Bedeutung gewonnen und legen nicht nur dem Spezialisten, sondern auch dem praktischen Arzte die Verpflichtung auf, diesem bisher ziemlich stiefmütterlich bedachten Gebiete weitgehende Aufmerksamkeit zu schenken und bei der Untersuchung von Unfallverletzten stets so früh wie möglich zu prüfen, ob und wieweit das Ohr durch die Gewalteinwirk-

Digitized by Google

ung in Mitleidenschaft gezogen worden ist. Eingehend besprochen ist die Beurteilung und Begutachtung solcher Verletzungen bezüglich der einzelnen Abschnitte des Ohres in dem neuen wertvollen Werke des bekannten Berliner Otiaters Passow (Die Verletzungen des Gehörorgans, Wiesbaden 1905). Dasselbe Kapitel — zwar nur in allgemeinen Umrisse, darum aber nicht minder lehrreich — behandelt Höllcher (Württemberg. med Korresp. Dezbr. 1904) in seinen Bemerkungen zur Unfallbegutachtung von Kopfverletzungen.

Es ist — diese Erfahrung wird schon mancher Arzt gemacht haben — oftmals kaum oder gar nicht möglich, aus dem vorliegenden Befunde auf eine früher erlittene Verletzung des Ohres zu schließen. Und doch schiebt der Verletzte, der nach dem Gesetze zu einer Rentenforderung berechtigt zu sein glaubt, gerade bei Kopfverletzungen irgend ein chronisches Ohrenleiden, eine chronische Mittelohreiterung oder einen trockenen Mittelohrkatarrh, der mit stetig zunehmender Verschlechterung des Gehörvermögens einhergeht, auf den vielleicht schon Jahre zurückliegenden Unfall. Je früher eine Untersuchung des Gehörorgans erfolgt, um so größer ist auch die Wahrscheinlichkeit, daß der Unfallverletzte richtige Angaben macht, und um so sicherer lassen sich aus dem objektiven Befunde Schlußfolgerungen ziehen. Man sollte deshalb — häufig auch schon zur Stellung der Diagnose über die Art der Verletzung — in keinem Falle verabsäumen, möglichst bald nach dem Unfalle eine Ohruntersuchung vorzunehmen. Und diese Untersuchung ist so einfach und mit so geringen Hilfsmitteln auszuführen, daß kein Arzt darauf verzichten sollte. Man bedarf dazu nur eines Ohrtrichters, eines Reflektors und einer tiefen Stimmgabel c mit 128 Schwingungen. Stets ist erforderlich, Gehörgang und Trommelfell zu untersuchen und die Hörfähigkeit festzustellen. Die otoskopische Untersuchung, die Betrachtung mittels des Spiegels, kann sofort, auch bei bewußtlosem Zustande des Verunglückten, erfolgen; für die Hörprüfung muß natürlich die Rückkehr des Bewußtseins abgewartet werden.

Zunächst ist festzustellen, ob Blut zum Gehörgange herausfließt oder nicht; dann wird der Trichter vorsichtig eingeführt und der äußere Gehörgang betrachtet, ob eine Verletzung der Weichteile vorliegt, oder ob Blut darin enthalten ist. Blut im Gehörgange stammt meist von einem Risse des Trommelfells her. Ausspülungen sind deshalb unter allen Umständen zu unterlassen, da andernfalls bei einer frischen Trommelfelldurchlöcherung eine Infektion der Paukenhöhle mit folgender Mittelohreiterung fast unvermeid-

Digitized by Google

lich ist. Läßt sich ein Trommelfellbefund infolge stärkerer Blutung nicht sofort aufnehmen, so kann man im allgemeinen einige Tage warten, da die Rißstelle auch dann noch gut zu erkennen ist. Lassen besondere Umstände es wünschenswert erscheinen, sofort einen Trommelfellbefund aufzunehmen, so ist der Gehörgang vorsichtig mit kleinen Wattebäuschchen unter peinlichster Asepsis zu reinigen.

Die Behandlung des frischen Trommelfellrisses ist eine überaus einfache: der Gehörgang wird mit einem sterilen oder antiseptisch imprägnierten Mullstreifen oder Wattebäuschchen verschlossen und ein trockener Schutzverband darüber angelegt. Beim Fernhalten von äußeren Schädlichkeiten heilt der Riß meist sehr schnell.

Die Gehörprüfung erfolgt am einfachsten in folgender Weise: Man stellt zunächst die Hörfähigkeit für Flüstersprache und gewöhnliche Sprache für jedes Ohr einzeln fest, indem man das zweite Ohr jedesmal durch festen Verschluß ausschaltet. Dann geht man zur Untersuchung mittels Stimmgabel über. Bei unverschlossenen Ohren wird die tönende Stimmgabel sofort nach dem Anschlagen auf den Scheitel des Untersuchten, in die Mittellinie des Kopfes gesetzt und festgestellt, ob der Ton im ganzen Kopfe oder nur in einem Ohre gehört wird (Weber'scher Versuch). [Bei den Erkrankungen des Schallleitungsapparates wird die Stimmgabel vorzugsweise oder verstärkt auf dem schallleitungskranken Ohre gehört, während sie bei den Krankheiten des Hörnervenapparates auf dem normalen Ohre ausschließlich oder stärker perzipiert wird. Ref.] Ist der Ton verklungen, hört der Untersuchte nichts mehr, so wird die Stimmgabel auf den Scheitel einer normalhörigen Person gesetzt und festgestellt, ob dieser gegenüber eine Verkürzung der Hördauer bei Knochenleitung — was für eine Erkrankung des Hörnervenapparates sprechen würde — besteht. Um eine Verlängerung — die auf eine Schalleitungserkrankung hinweisen würde — festzustellen, wird die Stimmgabel zuerst bei der normalhörenden Person und, nachdem dort der Ton verklungen ist, bei dem Verletzten aufgesetzt (Schwabach'scher Versuch). Endlich ist noch festzustellen, ob die Hördauer bei Knochen- oder Luftleitung überwiegt (Rinne'scher Versuch). Wenn die Stimmgabel vom Scheitel nicht mehr gehört wird, so wird sie ohne nochmaliges Anschlagen sofort vor das Ohr gehalten und festgestellt, ob sie hier noch gehört wird (positiver Rinne) oder nicht (negativer Rinne). [Ein „positiver Rinne" findet sich außer unter normalen Verhältnissen bei Erkrankungen des Hörnervenapparates, ein „negativer Rinne" bei solchen des Schalleitungsapparates. Ref.] Eine Berührung der Ohrmuschel mit der Stimmgabel ist zu vermeiden, da diese

Digitized by Google

sonst vorzeitig abklingt. Um sicher zu gehen, werden alle Versuche mehrfach wiederholt; das Ergebnis wird notiert. Die Notierung geschieht einfach in folgender Weise: W(eber) nach rechts bzw. links bzw. im ganzen Kopfe; Sch(wabach) + bzw. —, möglichst mit Angabe der Differenz in Sekunden; besteht keine Differenz, so wird Sch± notiert; R(inne) rechts oder links + bezw. —.

Die gleiche Prüfung erfolgt bei Beendigung der Behandlung, unter den gleichen Bedingungen. Dem Untersuchten ist die Bedeutung der einzelnen Versuche nicht weiter zu erklären.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung.)

Die Nägel, ihr Bau, ihre Erkrankung und ihre Pflege Von Dozent Dr. E. Riecke in Leipzig. (Aus „Hygiene der Haut, Haare und Nägel". Band XII der „Bibliothek der Gesundheitspflege". Stuttgart, E. H. Moritz, 1905.) Es ist manches unmodern geworden, was unsere Altvorderen bei ihrer Körperpflege für notwendig erachteten und sehr sorgfältig und eifrig betrieben. Dahin gehört auch die Pflege der Hand und der Nägel. Sie war bereits in frühgermanischer Zeit in den höheren Kreisen allgemein.

Moritz Heyne schreibt darüber folgendes: „Im engen Zusammenhange damit steht die Pflege der Fingernägel, für die, außer jenem Nägelreiniger noch ein besonderes Instrument, das Nagelmesser erwähnt wird, da das Beschneiden ein Gebot der Zucht ist. Elegante Fingernägel sollen durchsichtig wie Glas sein; der schwarze ungeschnittene Fingernagel zeugt für äußerste Vernachlässigung. So werden auch feine Zehennägel hervorgehoben, die wiederum mit der gebotenen, sorgfältigen Fußreinigung in Beziehung stehen."

Doch wir wollen zunächst uns mit dem Bau der Nägel befassen, ehe wir ihre Pflege uns angelegen sein lassen.

Was stellen denn die Nägel vor?

Es sind Anhangsgebilde der äußeren Haut, welche an sämtlichen Endgliedern der Finger und Zehen zur Entwicklung gelangt sind.

Sie bestehen aus Hornsubstanz, und Hautfalten, welche die Hornplatte einfassen, stehen in enger Beziehung zu ihnen.

Den zunächst in die Augen fallenden Bestandteil der Nägel bildet die Nagelplatte, welche ein abgerundetes etwas längliches Viereck darstellt und aus platten Hornzellen besteht. Dieselbe ist leicht nach außen gewölbt, auch von rechts nach links konvex geformt. Die Dicke der Nagelplatte ist in den Mittel- und Randpartien verschieden.

Von ihrer Beschaffenheit hängt das wohlgefälige Aussehen des ganzen Nagels ab.

Digitized by Google

Der vordere Rand der Nagelplatte ist konvex, der hintere in der Regel gerade. Die Oberfläche derselben ist auf beiden Seiten normalerweise glatt. Soweit die Nagelplatte an den Fingern sichtbar ist, heißt man sie Nagelkörper; der hintere verdeckte Abschnitt stellt die Nagelwurzel dar.

Der vordere oder freie Rand ragt in der Regel etwas über die Fingerkuppe hervor; ehe derselbe in die rosarot schimmernde Mittelpartie der Hornplatte übergeht, findet man einen einige Millimeter breiten hellgelben Saum. Der hintere Nagelanteil, welcher ein Kreissegment darstellt, erscheint vollkommen weiß. Seine Begrenzung nach vorn bildet eine konvexe Linie. Den so abgegrenzten sichtbaren Rest der Nagelplatte bezeichnet man als Halbmond (Lunula).

Die Nagelplatte ist seitlich und hinten in eine Hautfalte eingefügt, welche man als Nagelfalz bezeichnet; derselbe besteht somit aus drei Abschnitten, zwei seitlichen und einem hinteren „Nagelwall."

Von der Fingerkuppe aus setzt sich die Haut ununterbrochen über die Spitze hinweg fort und erstreckt sich unter die Nagelplatte; sie überkeidet dann seitlich und hinten den Nagelpfalz und geht ohne weiteres in die Haut des Fingerrückens über.

Man bezeichnet den aus Epidermis und Lederhaut bestehenden Teil, welcher unter dem Nagelkörper liegt, als Nagelbett; den unter dem Halbmond gelegenen Teil der Haut bezeichnet man als Matrix. Dieser Abschnitt ist deshalb „Mutterschicht, Ernährungsschicht" genannt, weil von hier aus das Wachstum des Nagels unterhalten wird.

Die Matrix ist anatomisch ähnlich wie die äußere Haut zusammengesetzt; auf eine der Lederhaut entsprechende Bindegewebsschicht folgen eine Lage zylindrisch geformter Zellen, dann der Keimschicht entsprechend 6—10 Lagen rundlicher und polygonaler Zellen und schließlich 5—12 Lagen eigentümlich dunkler Zellen, welche in die untere Schichte der Nagelplatte direkt übergehen.

Die übrigen sehr kompliziert gebauten Teile der Nägel anatomisch hier zu zergliedern, liegt nicht im Rahmen dieser Besprechung.

Was die Wachstumsgeschwindigkeit der Nägel anbelangt so soll dieselbe innerhalb eines Tages 0.12 mm betragen, das will so viel bedeuten, daß sich ein Nagel durchschnittlich in 106.5 Tagen erneuert. Im Sommer scheint das Nagelwachstum um weniges schneller als im Winter vor sich zu gehen. (Heller.)

Interessant sind die Befunde der Beschaffenheit und Pflege der Nägel in den verschiedenen Erdteilen.

Heller gibt darüber eine dankenswerte Uebersicht, welcher wir die folgenden Daten entnehmen.

Digitized by Google

Die Japaner halten sehr auf ein wohlgefälliges Aussehen der Nägel, sie lassen einen oder mehrere derselben möglichst lang wachsen.

Auch sonst steht die Nagelpflege in Asien in hohem Ansehen. Heller bildet die Nägel eines Mannes aus Anam ab, deren Länge 40—45 cm betrug. Nägel von 10—12 cm sollen daselbst nicht selten, von 3—4 cm Länge an der Tagesordnung sein.

Es existieren zum Schutze langgewachsener Nägel bei den Asiaten metallene, bisweilen kunstvoll ziselierte Nagelschützer.

In Afrika beherrscht die Nagelfärbung mittels Henna die Nagelpflege. Wie wir im geschichtlichen Teil von den Aegyptern es erfuhren, so ist diese Sitte auch bei den Birmanen, Tscherkessen und anderen afrikanischen Nationen heimisch.

Durch eine lebhaftere Pigmentierung des Nagelbettes erscheinen die Nägel von Brasilianerinnen, bei denen noch der Einfluß einer Mischung mit Negerblut aus früheren Generationen sich geltend macht, dunkel, veilchenblau. Nach Holländer tragen daher noch heute reiche Brasilianerinnen zur Verdeckung dieses Merkmals ihrer Herkunft stets Handschuhe in der Gesellschaft und legen dieselben auch beim Essen nicht ab.

Wie an so viele Erscheinungen auf der Haut und an den Haaren, so knüpft auch an die Nägel so mancher Aberglauben an und mit der Beobachtung ihrer Eigenschaften und ihrer fehlerhaften Bildungen haben seltsame Sitten und Gebräuche sich herausgebildet.

Wir finden wiederum bei Heller allerlei darüber mitgeteilt. Bekannt ist ja mit der Vermeidung der sonstigen Körperpflege die Vernachlässigung auch der Nagelpflege bei den Israeliten und anderen Nationen zum Zeichen der Trauer und als Gelübde.

Von Aristoteles rührt der falsche Glaube her, daß noch nach dem Tode die Nägel ein Wachstum erführen.

Noch im Mittelalter ist diese Anschauung lebendig, welche ihre Erklärung darin findet, daß durch Schrumpfung der Haut des Nagelfalzes die Nagelsubstanz nach dem Tode in größerer Ausdehnung sichtbar wird.

Weiße Flecken in den Nägeln bedeuten blühendes Glück.

Die Wahrsagekunst bedient sich dieser Bildungen ebenso wie der Falten in den Flachhänden.

Aus einem Universallexikon aus dem Jahre 1740 führt Heller eine Reihe von Lehren der Weissagung aus den Nägeln an.

Digitized by Google

Hier einige Proben: Lange Nägel bedeuten eine „gute Natur“; ein solcher Menſch ist jedoch sehr mißtrauiſch.

Lange und breite Nägel weisen auf einen Verſchwender, der gleichzeitig noch furchtsam ist, hin.

Weiße Punkte auf dem Daumennagel verheißen Glück im Krieg oder bei der Heirat, ſchwarze das Gegenteil usw.

(Schluß folgt.)

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Die Gesellschaft zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit gibt soeben ein Merkblatt heraus, welches sicherlich auch für manchen Arzt, der eine junge Mutter zu beraten hat, von Interresse ist. Wir bringen es deshalb nachstehend zum Abdruck:

1. Ernährung an der Mutterbrust.

1. Wenn du dein Kind liebst, nähre es an deiner Brust! Du bewahrst es vor Brechdurchfall, Abzehrung, Krämpfen und engliſcher Krankheit, du ſchützest vor allem auch sein Leben. Von 100 Flaſchenkindern sterben im ersten Lebensjahr 50, von 100 Brustkindern nur 7. 2. Auch wenn du zu Anfang wenig Milch hast, lasse dich nicht beirren. Wenn du nur geduldig immer wieder anlegst, wird die Milch bald reichlicher werden. 3. Auch wenn du dich ſchwach fühlst, kannst du ohne Schaden am eigenen Leibe stillen. Nur ganz wenige ernste Krankheiten verbieten das Stillen. Im Zweifelsfalle frage den Arzt. 4. Stille solange es irgend möglich ist, zum wenigsten aber die ersten 2 oder 3 Monate. Wenn du einer Krankenkasse angehörst, hast du gesetzlichen Anspruch auf das Krankengeld für die ersten 4—6 Wochen nach der Entbindung. 5. Gib dem Neugeborenen die Brust nur alle 3 Stunden und höchstens 7 mal, dem älteren Säugling höchstens 6 mal in 24 Stunden. Des Nachts erhält das Kind keine Nahrung. Auch der kindliche Magen bedarf der Ruhe. 6. Entwöhne allmählich, indem du jede Woche einmal weniger anlegst und dafür die Flaſche gibst. Entwöhne nicht in der Sommerhitze.

2. Ernährung mit der Flaſche.

1. Ein Ersatz der Muttermilch ist nur friſche, streng sauber gewonnene, gleich nach dem Melken abgekühlte Milch von nur gesunden Kühen. Gewöhnliche Laden- und Kellermilch ist als Säuglingsnahrung nicht geeignet, häufig sogar gefährlich. Ebenso nicht hinreichend sind Kindermehle, kondensierte Milch, Schweizermilch und ähnliche Fabrik-

Digitized by Google

präparate. Hinreichend gute Milch ist zu haben in Milchkuranstalten, Sanitätsmolkereien und in tierärztlich gut beaufsichtigten Kuhställen. Sobald sich bei längerem Stehen ein schmutziger Satz bildet, ist die Milch zur Säuglingsernährung nicht geeignet. 2. Die Milch muß in einem sauberen Topf geholt werden, ist zuhause 3—5 Minuten lang abzukochen und alsdann in möglichst kaltes Wasser zu stellen, das häufig zu erneuern ist. 3. Reinige die Milchflasche nach jedem Trinken mit warmem Soda- oder Seifenwasser, spüle mit reinem Wasser nach und stelle die Flasche umgekehrt an einen reinen Ort. Reinige auch nach jedem Trinken unter der Wasserleitung innen und außen den Pfropfen gründlich und hebe ihn in einer leeren, reinen Tasse auf. Vermeide Zinn- oder Glasröhren und Gummischläuche. Sie sind schwer zu reinigen und deshalb schädlich. 4. Gib in 24 Stunden dem Neugeborenen bis zum 10. Tage nicht öfter als alle drei Stunden und im ganzen nicht mehr als 8 mal die Flasche; gib von der 3. Woche ab höchstens alle 3 Stunden und nicht öfter als 6 mal. Eine lange Nachtpause ist noch notwendiger als beim Brustkind. 5. Das Kind erhält täglich: in der 1. Woche 7 Mahlzeiten, jede zu 3—4 Strich*) und zwar 1 Teil Milch auf 2 Teile Wasser; in der 2. Woche 6 Mahlzeiten, jede zu 5—6 Strich und zwar 1 Teil Milch auf 2 Teile Wasser; in der 3. und 4. Woche 6 Mahlzeiten, jede zu 7 Strich und zwar 1 Teil Milch auf 2 Teile Wasser; im 2. Monat 6 Mahlzeiten, jede zu 8—10 Strich und zwar 1 Teil Milch auf 1 Teil Wasser; im 3. Monat 6 Mahlzeiten, jede zu 10—11 Strich und zwar 1 Teil Milch und 1 Teil Wasser; im 4.—6. Monat 6 Mahlzeiten, jede zu 10—12 Strich und zwar 2 Teile Milch auf 1 Teil Wasser. Nach dem 6. Monat kann Vollmilch gegeben werden. Der Mischung wird pro Mahlzeit $^1/_2$—1 Teelöffel Zucker und eine Spur Salz zugesetzt. 6. Wärme nur die Flasche mit der Einzelmahlzeit, den Topf mit der übrigen Milch halte immer kalt. Trinkt das Kind nicht aus, so darf ihm der Rest der Milch nicht noch einmal gegeben werden. 7. Säuglinge über 7 Monate sollen nicht allein Milch bekommen. Vom 7. Monat an kann einmal Brühsuppe gegeben werden, vom 8. Monat an einmal 2—3 Eßlöffel Brei von Gries, Haferflocken, Mehl, Kindermehl, Zwieback. Vom 10. Monat an darf etwas Gemüsebrei, Spinat, Mohrrüben, Kartoffelmus und Apfelmus versucht werden. 8. Zu große Mengen und zu häufiges Trinken überanstrengen den Magen und führen zu Ver-

*) Die Strichflasche kann zum Abmessen verwendet werden. Ein Strich Milch ist etwa soviel wie ein Eßlöffel voll (ca. 18 g). 15 Strich sind gewöhnlich $^1/_4$ Liter.

Digitized by Google

dauungskrankheiten. 9. Gleich beim ersten Durchfall oder Erbrechen ist der Arzt zu befragen, ebenso bei ungenügender Gewichtszunahme, bei Schwämmchen und Wundsein."

Verschiedenes.

Die bekannte **Wirkung der Alkoholverbände auf Entzündungen** (Linderung des Schmerzes, Verminderung der Schwellung, eventuell scharfe Abgrenzung der Eiterung) ist in letzter Linie auf die durch die Alkoholapplikation bewirkte Hyperämie zurückzuführen. Da diese Hyperämie die Resorbierfähigkeit der Haut wesentlich erhöhen muß, so hat Löwe („Allgemeine Med. Zentral-Zeitung" 1905. Nr. 9) den Alkohol mit dem Collargol kombiniert, dessen Wirkung auf septische Prozesse im letzten Dezenium erprobt worden ist. Das Produkt dieser Kombination liegt in der Alkoholsilbersalbe vor, einer braunen, weichen, geschmeidigen Salbe von alkoholartigem Geruch, die $^1/_2$% Collargol, 70% eines 96%igen Alkohols, Natronseife, Wachs und etwas Glyzerin enthält. Ihre Anwendung ist die denkbar einfachste, indem die Salbe messerrückendick mittelst eines Salbenflecks oder auch direkt auf die vorher gereinigte Haut aufgetragen wird. Darüber kommt ein luftdicht abschließender Verband. Dieser Salbenverband wird ein- bis zweimal des Tags erneuert. Es hat weder reizende noch austrocknende Wirkung auf die Haut. Die Applikation der Salbe ruft unmittelbar ein lebhaftes Wärmegefühl hervor, mit dem eine Erleichterung der subjektiven Beschwerden Hand in Hand geht. Unangenehme Nebenerscheinungen, auch beim Auflegen auf offene Wunden, traten nie ein. Erfolge dieser Behandlung erstrecken sich auf Zirkulationsanomalien der Haut, z. B. Frostbeulen, ferner auf mit Oedem einhergehende Ernährungsstörungen der Haut, wie Ulcera cruris, Kongelationen, auf Kontusionen, Verbrennungen, auf nicht infektiöse Entzündungen, auf chronisches Ekzem mit starkem Juckreiz und schließlich auf eine ganze Reihe infektiöser Entzündungen, wie Panaritien, Phlegmonen, Bubonen, infizierte Wunden etc.

Eine Partie guterhaltener medizinischer

Zeitschriften und Bücher

sind zu sehr mässigen Preisen abzugeben.

Verzeichnisse zu Diensten.

Schnitzler'sche Buchhandlung, Wetzlar.

Redakteur: Sanitätsrat Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro. 9 XLV. Jahrgang September. 1905

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Einige Wandlungen in den naturwissenschaftlichen Anschauungen der Aerzte im Verlaufe der letzten 20 Jahre; von Dr. med. H. Aschern in Dinklage (Schluß zu Seite 174). — Anwendung des Mesotanvaselins. Sicherer Nachweis des Todes. — Ueber Krisen bei akuten Krankheiten. Akute recidivirende Polymyositis in epidemischem Auftreten. Zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten. — Die Nägel, ihr Bau, ihre Behandlung und ihre Pflege (Schluß zu Seite 190). Ueber die Behandlung von Hernien im Kindesalter. Zur Behandlung des frühzeitigen Haarausfalles. — Einführung einer einheitlichen deutschen Arzneitaxe.

Einige Wandlungen in den naturwissenschaftlichen Anschauungen der Aerzte im Verlaufe der letzten 20 Jahre.

Von Dr. med. H. Aschern, Dinklage.

(Aus der Festschrift für Herrn Med.-Rat Dr. Burwinkel in Vechta.)

(Schluß zu Seite 174.)

Wenden wir uns jetzt den Stoffen zu, die als abbaufähig und assimilierbar bezeichnet werden, so bedienen sich die pflanzlichen und tierischen Körper beim Abbau dieser Nährstoffe und zur Ueberführung derselben in eine für den Protoplasten resorptionsfähige Form der Fermente und Enzyme. Es kommen besonders diastatische, invertierende, glykosidspaltende und proteolytische zur Beobachtung. Diesen einzelnen Enzymen kommen nur bestimmte Wirkungskreise zu, so daß Eiweißsubstanzen nur durch proteolytische Fermente abgebaut werden, den Diastasen nur bestimmte Amylumarten anheimfallen. Was wissen wir jetzt über die Wirkungsweise dieser ungeformten Elemente? Ich folge hier Oppenheimer (Münchener M. W. 1901). „Berzelius faßte die Wirkung der Fermente unter dem Namen der „katalytischen" Vorgänge zusammen, d. h., daß die Stoffe ähnlich wie Platinschwamm durch bloße Berührung H_2O_2 zersetzen. Georg Bredig versuchte, künstlich eine Masse herzustellen, die auch durch bloße Berührung, wie Enzyme, H_2O_2 zersetzen. „Es gelang ihm", sagt Oppenheimer, „durch elektrische Zerstäubung unter Wasser eine sehr reine und haltbare Metallsole zu erzielen, welche H_2O_2 energisch zersetzte,

Digitized by Google

sich unter dem Einflusse verschiedener Temperaturen verhielt wie Enzyme; er fand sogar, daß Gifte wie Blausäure, Jodcyan, die katalytische Wirkung bei diesen Metallsolen aufheben wie bei Enzymen, weshalb Bredig anorganische und organische Katalysatoren als zusammenhängend hinstellt." Wir hören nun weiter, daß nach den Arbeiten von Jacobson in Fermentlösung die katalytische Kraft vernichtet werden kann, ohne die eigentlich fermentative zu zerstören.

Eine weitere interessante Versuchsreihe bringt uns die Erkenntnis, daß die Beziehungen zwischen Enzymen und den Molekülen ihres Substrates sterischer Natur sind, indem gewisse Glykoside und Zuckerarten gegen Hefezellen resistend sind, wohingegen die andern zerlegt werden. Emil Fischer, der diese Untersuchungen machte, hat für diese Beziehungen das bezeichnende Bild von dem Schloß und dem Schlüssel geschaffen.

Nach den interessanten Versuchen von Bredig wird man nach meiner Meinung eher zu dem Resultate gelangen, daß bei den „anorganischen" und „organischen Enzymen" eine bestimmte Wellenbewegung zur Wirkung gelangt.

Ich möchte fragen: Wird man durch die Versuche von Fischer nicht erinnert an die Circumpolarisationserscheinungen bei rechts und links drehenden Zuckerarten? Wird man bei diesen Enzymwirkungen, die statische Beziehungen zum Substrat nachweisen lassen, nicht denken an statische elektrische Wirbel, die von bestimmter Größe rechts- und linksdrehend sind und dadurch auf chemische Komplexe von bestimmter Form einzuwirken vermögen?

Oppenheimer geht noch weiter ein auf die Beziehungen zwischen Bakteriengiften und Fermenten, auf die Roux bei Beschreibung des Diphtherieantitoxins zuerst hingewiesen hat, und hält eine lückenlose Reihe der Uebergänge von Fermenten zu Toxinen für erwiesen. „Vom Labferment einerseits führt sie über die streng spezifischen Fermente der übrigen Eiweißkörper zu den Fermenten, die sich auf Zellen richten, den Hämolysinen, Bakteriolysinen, zu den spezifischen Blutgiften der Bakterien und endigt schließlich bei den Toxinen κατ' ἐξοχήν, dem Diphtherie- und Tetanusgift."

Auf die sich hier anschließende Ehrlichsche Seitenkettentheorie will ich nicht eingehen, vielmehr scheint es mir zweckdienlich, eine andere Gruppe physiologischer Experimente zu berühren, die uns einen Einblick gestatten, wie Kräfte auf bestimmte Zellen einzuwirken vermögen. Ich meine die Versuche mit hochfrequenzierten oder Arsonwalschen Strömen.*) Werden nämlich zwei kugelförmige Konduktoren durch die Pole der sekundären Spiralen eines

*) Nach L. Munn-Breslau. Ueber die therapeutische Verwendung hochfrequenzierter Ströme. Zeitschr. f. diätet. Therapie, 1900, Heft 7.

Digitized by Google

weit einander genähert, daß Funken überspringen, so entRuhmkorffchen Funkeninduktors geladen und dieselben so stehen elektrilche Oszillationen von ungeheurer Frequenz, von mehreren Hunderttausend bis hundert Millionen in der Sekunde. Die physikalifchen Wirkungen dieser hochfrequenzierten Ströme sind sehr lebhaft, die Wellen verbreiten sich ohne Leiter und bringen Geißlerfche Röhren zum Erglühen, ohne daß die sekundäre Spirale des Ruhmkorffchen Apparates mit ihnen in Kontakt steht. Und doch sind die physiologifchen Wirkungen anfcheinend geringfügiger Natur. Ziehen wir unsern gewöhnlichen Induktionsapparat zur Vergleichung heran, der durch den Neeffchen Hammer etwa 100 Unterbrechungen des Stromes in der Sekunde erlangt und durch entstehende Schwingungen die bekannten Wirkungen auf Nerven und Muskeln bewirkt. „Denken wir uns, „führt Munn aus, „diese Frequenz gesteigert, so werden wir allmählich an eine Grenze kommen, an der die sensible motorifche Einwirkung vollständig aufhört. Diese Grenze ist etwa bei einer Frequenz von 5000 bis 10000 erreicht." Lassen wir nun die hochfrequenzierten Ströme einwirken, so wird ohne Leiter ein elektrifcher Zustand der Gewebe bedingt. Ich will hier noch einfchalten, daß Danilewsky*) gezeigt hat, daß auch aus der Entfernung ohne Vermittelung eines Elektrizitätsleiters die Erregung von Nerven möglich ist, indem ein Frofchpräparat, welches etwa 50 cm von einem Ruhmkorffchen Apparate entfernt und isoliert aufgestellt ist, in Zuckungen gerät, also auf die Einwirkungen ähnlich reagiert, wie der Resonator bei den bekannten Herzfchen Versuchen. Läßt man hingegen die Arsonwalfchen Stöme auf das Frofchpräparat einwirken mit ihrer Frequenz von über 100000 in der Sekunde, so bleiben die Zuckungen aus, aber das Präparat wird elektrifch geladen, was man daraus erkennt, daß man bei Annäherung der Hand elektrifche Funken aus dem Präparat ziehen kann. Der Menfch fühlt zwar, weil die sensiblen und motorifchen Nerven nicht erregt werden, die Einwirkung dieser hochfrequenzierten Ströme gar nicht, und doch tritt durch die Arsonwalisation eine Blutdrucksteigerung und eine mächtige Anregung der Intraorganoxydation auf. Zur Erklärung dieser auffallenden Unwirksamkeit der Ströme auf Nerven nimmt Arsouwal an, daß die sensiblen und motorifchen Nerven gewissermaßen auf Schwingungszahlen von einer bestimmten Frequenz eingestellt sind, ebenso wie wir vom Nervus acusticus und opticus wissen, daß sie nur auf Schall- bezw. Lichtwellen bestimmter Schwingungszahl reagieren, während sie von Wellen, die eine größere Frequenz haben, nicht affiziert werden. Diese Erklärung der Vorgänge findet jetzt überall Zustimmung. Wir werden aus diesen Experi-

*) Danilewsky, De l'excitation des nerfs par les rayons électriques XII. internationaler med. Kongreß.

Digitized by Google

menten mit Arsonwalfchen Strömen den Schluß ziehen, daß auf Parenchymzellen ein gewirkt werden kann, außer durch Stoffe, die mit dem Blutstrome an dieselben herantreten, außer den Kräften, die auf dem Wege der Nervenbahnen die Zellen treffen, auch noch durch eine bestimmte Zahl von Aetherfchwingungen, die zwar weit jenseits der Grenze der Induktionsströme liegen, aber bei weitem nicht die Schwingungszahl des Lichtes besitzen. Wir nehmen damit allerdings auch stillfchweigend an, daß die Parenchymzellen auf diese Schwingungszahl eingestellt sind, wie der Nervus opticus auf Lichtstrahlen.

Eine gewisse Bestätigung dieser Auffassung finden wir in den ersten Erfolgen der Lichttherapie nach Finsen, der bekanntlich zeigte, daß die Narbenbildung bei Pockenkranken sich vermeiden läßt unter der Belichtung mit rotem Licht, also durch Verwendung derjenigen Lichtstrahlen, die die geringste Anzahl von Aetherfchwingungen besitzen, wohingegen die konzentrierten violetten und ultravioletten Strahlen deletär auf Zellen einwirken.

Wir gelangen damit zur eigentlichen Therapie, die allerdings in den letzten 20 Jahren wesentliche Verbesserungen erfahren und den ärztlichen Gesichtskreis erweitert hat. Es sei nur hingewiesen auf die Entdeckung und Ausbildung der Röntgenstrahlen, auf den jetzt gesicherten Stand der Lichttherapie, auf den jüngsten Siegeszug der Radiumstrahlen und besonders auf den Segen der durch Koch und seine Schnle gelieferten Aufklärung hygienifcher Wissenfchaft, durch Vorbeugungsmaßregeln gegen Infektion zu wirken. Was aber enger mit unserem Thema zusammenhängt, ist der Erfolg der Bakterienstudien in der Erkenntnis der Toxine und Antitoxine mit der Schaffung des Heilserums. Die Bakteriologen haben nämlich durch Versuche mit dem Filtrate von Reinkulturen den Beweis erbracht, daß die Stoffwechselprodukte von Mikroorganismen das Toxin liefern, welches im infizierten Körper die bei der betreffenden Erkrankung in Frage kommenden Parenchymzellen fchädigt und teilweise zum Absterben bringt.

Weiterhin werden wir belehrt, daß auch nach stattgefundener Infektion der Bestand der Zellen gerettet werden kann, da der Körper die Fähigkeit besitzt, ein die Toxine bindendes Gegengift, das Antitoxin, zu bilden, daß aber das Antitoxin nicht befähigt ist, die Lebensfähigkeit der Mikroben zu beeinträchtigen. Bei einigen Krankheiten dienen zwar die nicht mit den Antitoxinen zusammenhängenden Lysine zur Auflösung von Bakterien und fremden Zellarten, doch will ich hierauf nicht weiter eingehen.

Es würde für uns Aerzte von fundamentaler Bedeutung sein, in der Ausnutzung des übrigen reichen Arzneifchatzes dem in Krankheiten veränderten Zustande der Zellen Hilfe

Digitized by Google

zu bringen und dadurch die pathologiſchen Erſcheinungen zu beseitigen, aber gerade hier lassen auch die neuesten Aufklärungen noch ein tiefes Dunkel bestehen. Zwar stellt uns die Industrie tagtäglich eine Unmasse neuer Heilmittel mit lobender Anerkennung der Spezifizität zur Verfügung, aber wir entbehren den Nachweis, wie die Stoffe auf Zellen und Gewebe einwirken; jedenfalls waren die Anstrengungen vergeblich, darzutun, daß bei Infektionskrankheiten durch Verabfolgung interner Mittel ein Absterben von Mikroorganismen erzielt werden kann. In dem Gedankengange sagt Prof. Hueppe*): „Bei den Medikamenten, welche gegen Seuchen angewandt werden, wie Chinin, Quecksilber, Salizylsäure, ist es noch durchaus strittig, ob sie auf Seuchenerreger antiseptiſch oder auf Zellen als Reize wirken. Auf jeden Fall muß die letzte Möglichkeit mehr als bis jetzt ins Auge gefaßt werden, daß man auch durch chemiſche Mittel auf Krankheitsanlagen günstig einwirken kann.“ Prof. Hugo Schulz glaubte, den Satz vertreten zu können, „daß sehr kleine Dosen eines Medikamentes nicht ſchädigend auf Zellen einwirken, sondern eine vermehrte physiologiſche Tätigkeit anfachen“, dem Hueppe in dem 1891 aufgestellten allgemeinen Gesetze dahin Ausdruck verleiht: „Jedes, für irgend ein Protoplasma, für irgend eine Zelle in bestimmten Mengen tötliche Mittel wirkt bei etwas geringeren Mengen nur lähmend, bei noch etwas kleinerer Dosis folgt ein Indifferenzpunkt, wo also gar keine Wirkung wahrnehmbar ist, und noch kleinere Mengen wirken gerade umgekehrt wie große Dosen, d. h. sie reizen und steigern die Leistungsfähigkeit des Protoplasmas.“ Doch ist dieses Gesetz nicht richtig, was aus den Versuchen des Botanikers von Naegeli**) hervorgeht, der mit sehr kleinen Dosen von Metallen und Metallsalzen operierte, und zwar in Verdünnungen von 1 : 100 000 bis 1 : 1 000 000 und zu dem Resultate gelangt, daß diese ſchädigend auf Zellen einwirken; von Naegeli hat mit leicht affizierbaren Algen gearbeitet. Die Wirkung war keine chemiſche, das Absterben kein natürlicher Tod. Er sagt: „Während die oligodynamiſchen Umwandlungen der Spiralblätter von den chemiſchen wesentlich abweichen, stimmen sie ziemlich mit denjenigen überein, welche ſchwache Elektrizitätswirkungen hervorbringen.“

Aus Naegelis „oligodynamiſchen Wirkungen“ wird man folgern dürfen, daß auch von der Blutbahn aus durch Medikamente auf den Schwingungszustand von Parenchymzellen eingewirkt werden kann. Wir haben natürlich von vornherein eine große Anzahl von Stoffen auszuſchließen, wie die eigentlichen Salze, welche die obenerwähnten endosmotiſchen Vorgänge unterstützen können, aber eine direkte Wirkung

*) Naturheilkunde und Schulmedizin. Zeitſchrift für sociale Medicin. 1899.

**) Oligodynamiſche Wirkungen (von Naegeli).

Digitized by Google

auf Protoplasmaschwingungen nicht ausüben, demnach auch von Homöopathen und Biochemikern auf Grund wissenschaftlicher Untersuchungen in bekannten Verdünnungen nicht als Heilmittel verabfolgt werden können.

In betreff anderer Arzneimittel habe ich in einer früheren*) Arbeit nachzuweisen gesucht, daß man den antifebrilen und antiseptischen Stoffen eine elektrostatische Wirkung zusprechen muß, und zwar den ersteren eine elektropositive, wodurch in Krankheitszuständen die vitale Tätigkeit der Zellen günstig beeinflußt werden muß. Die elektronegativen, als Metalle, viele Metallsalze, verschiedene Chemikalien aus dem Pflanzenreiche etc., würden dann auch niemals bei Seuchen zur Vernichtung invadierter Mikroben Verwendung finden, wohl aber zur Beseitigung chronisch veränderter Zellen, die infolge nekrobiotischer Vorgänge nicht mehr von Nutzen sind.

Dieser kurze Rückblick auf die Wandlungen naturwissenschaftlicher Anschauungen bringt die Erkenntnis, daß bei vielen vitalen Vorgängen neben den früher anerkannten chemischen Einwirkungen physikalische Kräfte in Erscheinung treten, und gibt die Hoffnung, daß die Arbeiten unserer Forscher nicht allein die Zellenlehre weiter ausbilden, sondern auch dem Arzte für sein Handeln sichere Wege zeigen werden.

I. Pharmacologie, Balneologie Hygiene und Bacteriologie.

Anwendung des Mesotanvaselins. Von Dr. J. Ruhemann, Berlin. (Deutsche med. Wochenschrift No. 19, 1905.)

Mit einer Salbe, die 5 g Mesotan und 15—20 g Vaselin enthält — man kann bis 10 g Vaselin hinuntergehen, ohne die Salbenkonsistenz zu verlieren — darf man so kräftig wie möglich und wiederholt an derselben Stelle eine Massage vornehmen, ohne daß die dermatischen oder ekzematösen Affektionen eintreten, die bei brüsker Verreibung des Mesotanöls beobachtet worden sind.

Bei vielen Hunderten in solcher Weise vorgenommenen Mesotanvaselinmassagen hat Verf. keine Reizerscheinungen auftreten sehen, trotzdem gewöhnlich fünf bis zehn Minuten zur Ausführung der Prozedur gebraucht wurden.

Einer Frau konnten innerhalb drei Wochen 64 g reines Mesotan gleich 45 g Salizylsäure einverleibt werden, ohne daß es trotz der heftigsten andauernden Schweißproduktionen zu irgend welchen Hautreizungen gekommen wäre. Ebensowenig in einem Falle, bei dem 81 g Mesotan in 25prozentiger Salbe zur energischen Verreibung innerhalb 26 Tagen gelangten.

*) Dr. Aschern, Die elektrostatische Wirkung der Arzneimittel.

Digitized by Google

Auch Kinder vertragen die Applikation der Mesotansalbe ausgezeichnet.

Ist die Stelle, wo behandelt wird, feucht, so tritt gelegentlich nach dem Verreiben der Salbe ein mäßiges, vorübergehendes Brennen auf. In 40 Fällen, bei denen etwa 350 Massagen mit Mesotanvaselin vorgenommen wurden, konnte sich Verf. auf Grund der hierbei gewonnenen günstigen Erfahrungen davon überzeugen, daß der geringe Gehalt der Salbe an Mesotan gegenüber der $\overline{aa}$ partes gehaltenen Mesotanölmiſchung die Wirkung dieser mindestens erreicht, weil durch die Möglichkeit der energiſchen Massage relativ mehr Salizylsäure inkorporiert werden kann als durch Einpinseln des Mesotangemiſches.

Die günstige Beeinflussung des Gesichtserysipels durch Mesotanöl, die vom Verf. zuerst beſchrieben, von P. Meissner und neuerdings von Rahn bestätigt wurde, welch letzterer eine ausſchlaggebende abortive Wirkung sah, ließ sich auch bei Anwendung des Mesotanvaselins in überraſchender Weise konstatieren.

Ein weiterer Vorteil der mit Mesotanvaselin ermöglichten energiſchen Massage, welch letztere ja bei den akuten Affektionen nicht belanglos ist, bezieht sich vor allem auch auf chroniſche Affektionen, Neuralgien, lange bestehende rheumatiſche Leiden, bei denen das bloße Auftragen des Mesotanöls versagt.

Man kann sich die Vorstellung bilden, daß das Gemiſch von Mesotan und Oel keine Auflösung des Mesotans in letzterem, sondern eine Lösung des Oels in Mesotan bildet. Es rührt dies daher, daß die Oele ebenfalls Ester von sehr großem Molekulargewicht vorstellen. Es wäre also immerhin möglich, daß die Lösung von Mesotan in einem anders gearteten Vehikel, z. B. Kohlenwasserstoff mit kleinerem Molekulargewicht als Olivenöl, sich der Haut gegenüber anders verhielte, und zwar wegen der im physikaliſch-chemiſchen Sinne sinkenden Tension des Mesotans.

Bezüglich der Verordnung, welche lautet:

Mesotan 5 g
Vaselin. americ. flav. 15 g

möge bemerkt werden, daß der Preis dieser Salbe in weißer Büchse sich auf Mk. 1.50 stellt, während das doppelte Quantum nur Mk. 1.85 und die Komposition (10 und 40) nur Mk. 1.90 kosten. Ein kühles Aufbewahren der Salben ist erwünſcht.

Sicherer Nachweis des Todes. So selten es seit Bestehen der Welt sich ereignet haben mag, daß ein Menſch lebendig begraben worden ist, so beunruhigt doch die Möglichkeit eines solchen Ereignisses besonders ängstliche und empfindliche Menſchen immer von neuem; eine Anzahl dieser Furchtsamen hatte eine beträchtliche Prämie für die

Digitized by Google

Auffindung eines untrüglichen Mittels zur Diagnose „Tod“ ausgesetzt. Vigot beschäftigte sich gerade auf das eingehendste mit dieser Frage und kommt nach einer eingehenden Kritik aller bisher zu diesem Zwecke angegebenen Methoden zu dem Resultate, daß das von Icard ausgearbeitete Verfahren neben der größten Sicherheit auch den Preis der Einfachheit und praktischen Anwendbarkeit verdiene. Alle zweifelhaften Momente (Unbeweglichkeit, Unempfindlichkeit, Fehlen des Pulses und der Respirationsbewegungen, Nichtoxydation eines in den Körper eingestochenen Stahlinstrumentes), alle Wahrscheinlichkeitszeichen (Fehlen der Reflexe, langsame Erkaltung, Leichenstarre) haben keinen solchen Wert für die sichere Todesdiagnose wie die grünen Verwesungsflecken in der Iliakalgegend und das Ergebnis der Arteriotomie oder Herzfunktion; jene aber treten zu spät ein, um hohen Wert zu haben, diese Eingriffe können aber schaden, wenn das Leben noch nicht erloschen ist. Icard geht bei seiner Methode der Diagnose „Tod“ davon aus, daß die unerläßliche Hauptfunktion des Organismus die Zirkulation ist; die Zirkulation hat zur Folge die Respiration, die Sekretion und die Absorption; daher kann ohne Zirkulation keine Absorption bestehen, weil die Absorption kein physikalisches Phänomen, sondern eine biologische Tätigkeit darstellt. Beim „realen“ Tode ist die Zirkulation erloschen, ebenso natürlich die Absorption; beim „irrealen“, dem Scheintode besteht immer noch die Absorption, folglich auch die Zirkulation. Es handelt sich also darum, eine unschädliche Substanz zu finden, deren Absorption rasch und sicher erkannt werden kann, um ein untrügliches Mittel für die Diagnose des Todes zu besitzen.

Icard erkannte nach vielen Versuchen in dem Fluoreszin das geeignete Mittel; dasselbe ist das Phthalein des Resorzins; seine alkalischen Lösungen haben eine prächtige grüne Fluoreszensfarbe; seine färbende Kraft ist noch deutlich in der Lösung 1 : 45 000 000. Ein bis zwei Minuten nach der subkutanen Injektion beim lebenden Individuum sind alle Decken (Haut und Schleimhäute) grüngelb gefärbt, wie bei einem intensiven Ikterus. Es ist absolut unschädlich, wie Hunderte von Versuchen bewiesen haben. Icard verwendet Fluoreszin 1,0, Natrii carbonici 1, Aq. dest. ad 8,0. Die Anwendung der subkutanen Injektion empfiehlt sich einerseits, weil man einem Scheintoten keine Getränke oder Pillen zuführen kann, andererseits weil auf diese Weise die Absorption bedeutend rascher erfolgt. Wenn die Zirkulation noch tätig ist, erscheint zwei bis drei Minuten nach der Einspritzung eine grüngelbe Farbe am ganzen Körper; die Sklera wird smaragdgrün, ebenso die Schleimhäute. Ist die Zirkulation verlangsamt, so kann es bis zum Auftreten der Färbung 15—20 Minuten dauern. Hat die Zirkulation auf-

Digitized by Google

gehört und ist der Tod eingetreten, so erfolgt überhaupt keine Färbung am Körper. Hieraus ergibt sich als Schluß: gelbe Verfärbung der Haut nach Injektion von 1 g Fluoreszin ist ein sicheres Zeichen des Lebens, während das Nichterscheinen der Farbe ein sicheres Zeichen des Todes ist — (Journ. med. de Brux. 1905.)

II. Medicin.

Ueber Krisen bei akuten Krankheiten, v. Prof. O. Rosenbach, Berlin. (Fortschritte der Mediz. 18/05.) Galenus bezeichnete die Krise als subita morbi ad sanitatem conversio. Gegenüber dieser Auffassung Galens ist die Definition Traubes, daß die Krise beim Fieber nur eine Temperaturkrise sei, unserer Auffassung nach unzureichend und darum ein Rückschritt; denn sie lenkt den Blick des Arztes allzusehr von der Gesamtheit der Erscheinungen auf ein einziges, wenn auch sehr wichtiges Symptom hin. Mit dieser Ueberschätzung des Symptoms der Wärmesteigerung, das als allein maßgebend für den Verlauf des gesamten Prozesses gelten sollte, war der Lehre von der Krise eigentlich der Boden entzogen; denn hier war nicht nur ausgesprochen, daß bei fieberlosen Krankheiten eine Krise unmöglich sei, sondern es hing die Entscheidung über den Abschluß einer fieberhaften Erkrankung durch eine Krise allein von der jeweiligen Definition des Begriffes der fieberhaften Temperatursteigerung ab.

Da nun inzwischen, nicht zum mindesten durch das Verdienst Traubes, eine genauere und verfeinerte Thermometrie geschaffen war, so war natürlich der Begriff der Normaltemperatur und somit auch der Begriff der Temperatursteigerung ein anderer geworden, und dem Arzte der neuen Zeit konnte der Abfall der Temperatur, den er ja bei der nun möglichen Verwertung der kleinsten Schwankungen sich allmählich vorbereiten sah, aber erst bei subnormaler Temperatur als vollendet anerkennen durfte, nicht so jäh erscheinen wie dem früheren Beobachter, der mit naivem Blick, seinen Sinneswahrnehmungen vertrauend, natürlich erst die gröberen Veränderungen im Gesamtbefinden wahrzunehmen vermochte.

Die Kliniker der vorthermometrischen Zeit, die das Fieber nur aus dem Allgemeinbefinden, der Erregbarkeit oder Benommenheit, dem Durste, dem saturierten Harn, dem Pulse und der trockenen Beschaffenheit der Haut und der Schleimhäute erschlossen, konnten mit Recht als Hauptkriterium der Krise eine beträchtliche Veränderung des subjektiven Befindens, die Verlangsamung des Pulses und das

Digitized by Google

Auftreten kritiſcher Ausſcheidungen ansehen, da namentlich der Beginn einer stärkeren Wasserabſcheidung aus einem Körper, der während des fieberhaften Stadiums ein energiſches Wasserbedürfnis zeigt und große Wassermengen zurückhält, mit ziemlicher Sicherheit den Eintritt einer Umwandlung der Organarbeit anzeigt.

Wo aber der Arzt einer früheren Periode aus kritiſchem Schweiß Steigerung der Diurese und der Ausſcheidung von Salzen, aus Blutungen und Diarrhöen, aus der Veränderung der Herzaktion, der kühleren Haut und der Verminderung des Durstes den Eintritt eines plötzlichen Umſchwunges erſchloß, da sieht der mit dem Thermometer bewaffnete Arzt, der innerhalb des 10- oder 12stündigen Intervalls 4—5mal gemessen hat, trotz kühler und ſchweißbedeckter Haut, nur einen allmählichen und vielleicht unvollkommenen Abfall der Temperatur. Er hält eben auch einen Fall, in dem eine solch plötzliche Wendung der Allgemeinerſcheinungen zum Besseren eingetreten ist, noch so lange nicht für genesen oder gar durch Krise beendigt, als der Thermometer das einmal feststehende Temperaturminimum noch um einen halben oder ganzen Grad übersteigt; denn in den Augen derjenigen, denen die Krankheit immer noch als ein Wesen sui generis gilt, erſcheint die Grenze zwiſchen Gesundheit und Krankheit durch eine bestimmte Funktion oder durch einen bestimmten Temperaturgrad ebenso scharf gezogen, wie für viele Laien die durch den Nullpunkt der Thermometerskala bezeichnete Grenze zwiſchen Wärme und Kälte.

Uneingedenk der Tatsache, daß jede, einmal längere Zeit bestehende, stärkere Bewegung der Materie gewöhnlich nur unter Wellenbewegungen, d. h. unter allmählicher Verminderungen der Schwingungen, zur Ruhe kommen kann und muß, wenn nicht eine ſchädliche Erſchütterung des Systems erfolgen soll, uneingedenk des Umstandes, daß auch die veränderte Form der Wärmeregulation, wenn man sich so ausdrücken darf, nur unter wiederholten, wenn auch immer ſchwächeren Stößen zur Norm zurückkehren kann, rechnet man heute das Stadium des allmählichen Apklingens der gesteigerten thermiſchen Reaktion noch zur Periode der Krankheit, während es ſchon den Beginn der Genesung anzeigt, und sucht es noch in derselben Weise zu beeinflussen, wie die fieberhafte Steigerung im Beginne des Prozesses.

Nach diesen allgemeinen Vorbemerkungen ſchildert Verf. die kliniſchen Zeichen der Krise und namentlich den für das therapeutiſche Handeln so bedeutungsvollen Unterſchiede zwiſchen Krise und Kollaps. Man kann bei einer gewissen Dauer akuter Erkrankungen, bei exspektativer oder nicht auf die Beseitigung der äußeren Erſcheinungen gerichteter Behandlung während des Ueberganges zur Genesung sehr

Digitized by Google

häufig folgende Erscheinungen beobachten, die die hauptsächlichsten Züge des kritischen Vorganges bilden:

Die Temperatur fällt, meist nach einer beträchtlichen Steigerung aller Symptome (Perturbatio critica), plötzlich unter die Norm; das bis dahin rote Gesicht wird blaß, die Haut erscheint kühler und ist mit leichtem, nicht klebrigem, Schweiße bedeckt; die allgemeine, oft hochgradige, Erregung legt sich plötzlich, und es tritt sogar förmliche Schlafsucht ein. Die Arterien werden enger, und die Spannung scheint sich zu verringern, gewöhnlich nur deshalb, weil wir eine engere Arterie auch für weniger gespannt halten; der Puls erscheint langsam, oft unregelmäßig und verliert den Charakter des Hüpfens. Die Herztöne sind meist leiser als sonst und gleichmäßiger akzentuiert. Die Atmung wird langsam und tief, ist aber ziemlich regelmäßig. Läßt man den Kranken gewähren, so verfällt auch der bis dahin sehr unruhige Patient meist in festen Schlaf, während dessen er bisweilen leise vor sich hinmurmelt oder laut spricht und kleine Muskelzuckungen zeigt. Häufig deliriert er nur, wenn man ihn aus dem Schlafe erweckt, wie wir ja auch sehen, daß Leute, die nach einer großen Anstrengung fest eingeschlafen sind, auffallend oft verwirrt reden, wenn man sie plötzlich erweckt.

Diese Zeichen des günstigen, vorzugsweise Krise genannten, Umschwunges können nur für den bedrohlich sein, der nie Gelegenheit hatte und suchte, Kranke exspektativ zu beobachten; denn das hier geschilderte Bild der Krise ist meist gleich auf den ersten Blick total verschieden von dem des Kollapses und ermöglicht dem aufmerksamen Arzte fast immer ein sicheres Urteil.

Das friedliche Aussehen der Kranken, das Fehlen jeder Cyanose, die trotz der Schwäche deutliche Akzentuierung der Herztöne, der bei geringer Füllung doch annähernd mittlere Spannung zeigende Puls, das Aussehen der Zunge, liefern bei Krise und Kollaps meist unverkennbar verschiedene Anhaltspunkte für die Beurteilung; und die vorausgehenden stürmischen Erscheinungen der Perturbatio critica sind zwar ein deutliches Zeichen der zum Ausgleiche nötigen Stärke der außerwesentlichen und wesentlichen Arbeit der Organe, aber sie geben keinen Anhalt für die Annahme, daß ihnen eine Lähmung folgen muß, und daß die sich anschließende Schwäche der Reaktion auch wirklich eine Schwäche der Leistungsfähigkeit anzeigt. Sie berechtigen somit keineswegs zu einer ungünstigen Deutung der Symptome der eigentlichen Krise. Wenn die Symptome und ihre Reihenfolge so sind, wie wir sie geschildert haben, so verraten sie, trotz der Veränderung der Reaktion, kein Schwinden der Energie für wesentliche Arbeit und zeigen nur die unter den vorhandenen Bedingungen notwendige und zweck-

Digitized by Google

mäßige Herabsetzung der außerwesentlichen Leistung (bei Erhaltung der inneren Spannungen) an.

Nur eine völlige Verkennung des Wesens der Krankheit und eine Mißdeutung der Erscheinungen — wie sie ja in längst vergangenen Tagen in ähnlicher Weise die Exzesse in den blutentziehenden Methoden ermöglichte und stets jede Form therapeutischer Polypragmasie und Schematisierung verschuldet hat — konnte und kann zu einer Gleichstellung und gleichen Behandlung so differenter Zustände führen, wie es Krise und Kollaps sind. Nur eine irrtümliche Auffassung kann bewirken, daß man in der Periode der stärksten thermischen Reaktion, aus Furcht vor (eingebildeten) Schwächezuständen und vor Erschöpfung des Körpers durch das Fieber, zu gleicher Zeit neben den eingreifendsten (Wärme) entziehenden Methoden auch die stärksten stimulierenden Mittel in Anwendung bringt und bei den geringsten scheinbaren Zeichen der gefürchteten Schwächezustände — die häufig nur die notwendige, aber glücklicherweise nicht immer gefährliche Folge der exzessiven antipyretischen Maßnahmen sind — mit Aether- und Kampferinjektionen und analeptischen Mitteln auf den Kranken losstürmt und ihm beständig Reizmittel und große Dosen stärkster Weine zuführt.

In vielen Fällen ist es bei weitem vorteilhafter, den Kranken nicht aus seiner wohltätigen Apathie zu erwecken, sondern ihn ruhig schlafen zu lassen und nur für sorgfältige Pflege und Reinigung der durch Druck besonders belasteten Partien des Körpers, für gute Mundpflege, für reichliche Zufuhr des im Fieber verbrauchten Wassers, für einfachste Nahrung und für rechtzeitige Entleerung der Blase und des Darmes zu sorgen. Wenn man ferner bei den höheren Graden des Fiebers durch periodische — nicht dauernde — Applikation von Eisblasen auf Kopf und Unterleib oder durch kalte resp. laue Waschungen und entsprechende Packungen den Tonus des Nervensystems und der Haut anzuregen sucht, oder bei Kranken, die bereits kritisch entfiebert sind und kühle, cyanotische Extremitäten zeigen, der weiteren Verminderung des Wärmevorrats durch sorgfältiges Bedecken der äußeren Teile und Applikation von Wärmeflaschen, japanischen Wärmedosen etc. vorbeugt, so hat man alle Leistungen übernommen und alle Anforderungen erfüllt, die sonst Sache der bewußten Willenstätigkeit sind, und erzielt eine Ersparnis an Energie, die für die Regulierung des normalen Gleichgewichtes von großem Nutzen ist.

Hier sei noch erwähnt, daß es, wenn die ersten Erscheinungen der Krise (die präkritischen Symptome) mit beträchtlicher Schlaflosigkeit und Erregungszuständen zusammenfallen, nicht unzweckmäßig ist, narkotische Mittel

Digitized by Google

(Morphium, Chloral) anzuwenden, die aber natürlich nur die höhere Erregbarkeit zur Norm herabführen, aber nicht durch allzu tiefe, die Erregbarkeit resp Funktion gleichsam lähmende, Betäubung dem Organismus in dem kritischen Kampfe Schaden bringen dürfen.

R. leugnet durchaus nicht, daß es auch sehr schwierig sein kann, die Zeichen der Krise und namentlich die Erscheinungen der Perturbatio critica immer richtig zu deuten, und daß auch der Erfahrenste nicht immer schnell zu einem richtigen Urteil gelangen oder sich aller Bedenken über die Art der Auffassung des Falles entschlagen kann, wenn eine Krise ganz unerwartet und auf stürmische Weise eingeleitet wird. Jedoch rät er auf Grund der Erfahrung, auch bei stärkster und bedrohlichster Reaktion keinesfalls gleich mit aller Energie antipyretisch oder stimulierend vorzugehen und sich lieber, bis die Verhältnisse geklärt sind, auf die Anwendung gewisser vorsichtiger Maßnahmen zu beschränken, so schwer es ja auch, namentlich dem noch unerfahrenen, an äußerlichen, angeblich pathognomonischen Zeichen haftenden oder an eine bestimmte Methode der Auffassung gewöhnten Arzte fällt, zwei anscheinend so verschiedene Krankheitsbilder, wie die der Perturbatio critica und des (post-)kritischen Zustandes, unter dem richtigen Gesichtspunkte zu betrachten, d. h. sie in die notwendige kausale Beziehung zu den durchaus differenten inneren Vorgängen zu bringen.

Wer aber die Zeichen der veränderten Form der Arbeit beim Uebergange von stärkerer zu schwächerer oder schwächster Reaktion — die Folgen der Anpassungsfähigkeit des Organismus oder der spontanen resp. künstlich herbeigeführten Verminderung des Reizes — zu würdigen weiß, den wird weder das plötzliche Absinken der Temperatur noch ein anderes Symptom verringerter außerwesentlicher Leistung (des Herzens oder Gehirns) mit Besorgnis erfüllen, wenn nicht unzweifelhaft gefahrdrohende Erscheinungen, wie heftiger Schmerz im Leibe, auffallende Blässe und Kälte, Zeichen innerer Blutung, Erbrechen, Lungenödem, Verschwinden eines Herztons, Galopprhythmus, leerer Puls, d. i geringe Füllung und geringe Spannung der Arterie, vorhanden sind.

Acute recidivirende Polymyositis in epidemischem Auftreten. Von Dr. Konrad Sick (Tübingen). (Münch. med. Wochenschr., 1905, No. 23 u. 24.) S. berich. tet über eine eigenartige Hausepidemie, welche im Winter 1904/05 in der psychiatrischen Klinik der Universität Tübingen unter den Wärterinnen auftrat und als acute epidemische Polymyositis zu bezeichnen war. Es wurden im

Digitized by Google

ganzen drei ſchwere und sechs leichte Fälle beobachtet. Die Krankheit begann mit Prodromalerſcheinungen allgemeiner Natur, Müdigkeit, Gefühl von Schwere in den Gliedern; in einzelnen Fällen wurde das Auftreten einer Halsentzündung kurz vorher angegeben oder die Untersuchung ergab die Spuren einer leichten abgelaufenen Angina. Weiterhin machten sich reißende Schmerzen in den Gliedern bemerkbar, es traten dyspeptiſche Erſcheinungen mäßigen Grades hinzu, die 1—3 Tage anhielten. Von da ab gewöhnlich Temperaturanstieg ohne Frost, Einsetzen der localirten Muskelſchmerzen, spontan und besonders auf Druck. Die Schmerzen wurden als Spannung oder Stechen oder Krampf bezeichnet, sie waren bald gleichmäßig über den ganzen Muskel verbreitet, bald bevorzugten sie die Ursprungsstellen und Insertionen. Der befallene Muskel war oft deutlich diffus oder knotig infiltrirt, hart, dabei war die Haut nicht beteiligt, nur das Gesicht machte vielfach einen gedunsenen Eindruck. Die Schweißproduction war sehr häufig gesteigert. Die Skeletmuskeln waren sämtlich in Mitleidenſchaft gezogen, auch die Atemmusculatur und die Zunge. Größere Störungen am Herzmuskel wurden dagegen nicht beobachtet, auch keine Schlingbeſchwerden. Milzſchwellung fehlte durchweg. Die übrigen Bauchorgane zeigten keine Veränderungen, auch die Lungen an sich verhielten sich normal, abgesehen von der Atmungsstörung. Im Urin fanden sich vorübergehend Eiweiß und Albumosen; Diazoreaction dositiv. Die Störung des Allgemeinbefindens war in den ſchweren Fällen sehr bedeutend, das Fieber stieg vorübergehend bis auf 41° C. Das Nervensystem blieb im allgemeinen unbedingt an die Erkrankung. Die elektriſche Reaction der Muskeln war in qualitativer Beziehung stets normal; quantitativ fand sich in einem Falle bei einer der befallenen Muskelgruppen ein Absinken der galvaniſchen Erregbarkeit im Verlauf der Krankheit. Aus dem Blut konnten keine Bacterien gezüchtet werden. Leukocytose war nie nachweisbar, eher das Gegenteil; auf der Höhe der Krankheit fehlten die eosinophilen Zellen, um im weiteren Verlauf sich wieder einzustellen. In den ſchweren Fällen dauerte das fieberhafte Stadium mehrere (bis vier) Wochen, und in den nächsten Monaten traten noch öfters Recidive der Muskelaffection mit mäßigen Temperatursteigerungen auf. An einem excidirten Muskelstück zeigte die histologiſche Untersuchung im wesentlichen das Bild der fettigen Degeneration. Die Aetiologie der Erkrankung konnte nicht festgestellt werden. Trichinen wurden trotz sorgfältigen Suchens nicht gefunden; an dem epidemiſchen Charakter der Erkrankung besteht jedoch kein Zweifel. Die sämtlichen befallenen Wärterinnen wohnten und ſchliefen gemeinsam

Digitized by Google

in zwei Parterrezimmern, deren Fußboden etwas unter dem Niveau des Baugrundes sich befindet. Ihre Kost ist dieselbe wie bei den übrigen Insassen der Klinik. Daher haftete das infectiöse Agens wahrscheinlich an den Wohnräumen der Wärterinnen. — Die Krankheit ging bei allen Patientinnen in Heilung aus. Eine deutliche medicamentöse Beeinflussung durch Salicylsäure, Aspirin, Antipyrin war nicht zu beobachten; Wasserapplicationen (Umschläge, Einpackuugen) wirkten local schmerzlindernd.

Zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten, insbesondere der Tuberkulose. Von Dr. Villaret, Korps-Generalarzt, Frankfurt a. M. (Blätter f. Volksgesundheitspflege 16/05). Die Heilstättenbewegung, die auf die Abnahme der Schwindsuchtssterblichkeit einen besonderen Einfluß bisher nicht ausgeübt hat, ist gewiß edelster Regung und bester Absicht entsprungen. Sie ist gewiß ein gutes Werk, aber — es muß das auch einmal gesagt werden — — sie nützt dem einzelnen, aber nicht der Menschheit. Nur leicht Erkrankte im allerersten Stadium der Phthise werden in die Heilstätten aufgenommen, Leute, die häufig noch keine offenen, d. h. in die Bronchien sich öffnenden Herde haben, also auch noch keine Bazillen um sich her ausstreuen. Die Schwerkranken dagegen, die täglich Milliarden und Milliarden von Bazillen um sich herum verbreiten, läßt man ruhig herumgehen und wohnen, wo sie wollen, und wenn der in den niedrigen Ständen so oft vorkommende Fall eines Wohnungswechsels eintritt, so ist von einer Desinfektion der von einem Schwindsüchtigen innegehabten Wohnung nicht die Rede; eine andere Familie bezieht die schwerverseuchten Räume und muß rettungslos der Infektion verfallen.

In dieser Tatsache sieht V. die Hauptursache für die unzulängliche Bekämpfung der Tuberkulose und für die Verbreitung vieler Krankheiten überhaupt.

Wenn eines Tags aus den Heilstätten Heimstätten geworden sein werden, in die man unheilbare, schwerkranke Schwindsüchtige aufnimmt, wenn ferner durch Ortsstatut vorgeschrieben wird, daß jede Wohnung beim Wechsel des Inhabers vor dem Wiederbeznge desinfiziert werden muß, dann wird für die Gesundung des Volks ein ganz außerordentlicher Schritt vorwärts getan sein. Er ist überzeugt, daß die letztere Maßregel die Tuberkulosesterblichkeit in kürzester Frist und in gewaltiger Weise zum Sinken bringen würde.

Irgend eine Schwierigkeit kann hieraus nicht entstehen, da ja in den meisten Städten ausgebildete Desinfektions-

Digitized by Google

kolonnen bestehen, und wo dies noch nicht der Fall ist, können solche ohne Schwierigkeit geschaffen werden. Auch die Kostenfrage kann keine unüberwindlichen Schwierigkeiten machen. Für die kleineren Wohnungen müßte unter Umständen Stadt oder Gemeinde eintreten, für größere könnten Wirt und Mieter zusammen die Kosten auf sich nehmen. Zweifellos würden die hierfür aufgewendeten Kosten, wie alle Summen, die in zweckmäßiger Weise für die Volksgesundheit ausgegeben werden, in Verminderung von Krankheit und Erhaltung von Arbeitskraft Wucherzinsen tragen.

Mit der Heilstättenbewegung allein werden wir die Tuberkulose nicht mit Erfolg bekämpfen; in drei Monaten, der gewöhnlichen Aufenthaltsdauer in den Heilstätten, kann man eine Tuberkulose nach seiner Erfahrung überhaupt nicht zu einer sicheren und dauernden Heilung bringen. Wohl aber hat die Heilstättenbehandlung die üble Seite, daß in den meisten Anstalten die Kranken grenzenlos verwöhnt werden, so daß, was nur menschlich ist, es ihnen nach der Entlassung ungemein schwer fällt, in die früheren engen und in der Regel auch kargen Verhältnisse sich wieder hinein- und zurechtzufinden. Und in wieviel Fällen hält die erzielte Besserung nur kurze Zeit an! Oft sind die Kranken nach wenigen Monaten wieder ebenso krank, wie vor ihrer Aufnahme. Diese Erfahrungen, die sich mit der Fortdauer und der Vermehrung der Heilstätten häufen, müssen doch auch einmal betont werden, wenn auch damit der Heilstättenbewegung, als einem Werke echt menschlicher barmherziger Nächstenliebe, nicht zu nahe getreten und nicht jeder Wert abgesprochen werden soll. Aber wir müssen das Haus nicht mit dem Dach zu bauen anfangen. Richtiger ist es sicher, die Menschen davor zu behüten, daß sie erkranken, als sie erkranken lassen und sie dann heilen wollen.

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Die Nägel, ihr Bau, ihre Erkrankung und ihre Pflege. Von Dozent Dr. E. Riecke in Leipzig. (Schluß zu Seite 190.) Die Erkrankungen der Nägel haben erst in jüngerer Zeit das Interesse wachgerufen, welches sie verdienen.

Sie sind einerseits in kosmetischer Beziehung von Wichtigkeit und andererseits als Ausdruck von krankhaften Störungen des Gesamtorganismus bedeutungsvoll.

Digitized by Google

Es gibt eine Anzahl von angeborenen Mißbildungen der Nägel. Dahin gehört z. B. das mehr oder weniger vollkommene Fehlen der Nagelplatten. Es ist dies eine seltene Erscheinung, welche sich, wie in einem beobachteten Falle, als erblich erweist.

Von den erworbenen Nagelkrankheiten gehören die mit Verdickung der Nagelsubstanz einhergehenden zu den bekannteren. Es können diese Bildungen entweder selbständig auftreten oder aber sie sind Folge anderweitiger Erkrankungen, zum Beispiel von Nervenkrankheiten, oder schweren fieberhaften Erkrankungen, andererseits können auch Hautkrankheiten, wenn sie das Nagelbett befallen, zu unregelmäßiger Verdickung der Nägel führen.

Es können überhaupt sehr verschiedene Leiden der Haut auch an den Nägeln sich entwickeln; von einfachen Entzündungen angefangen, kommen Pilzerkrankungen, Flechten, auf nervösen und Organerkrankungen beruhende Leiden, Verbrennungen und Erfrierungen, Verletzungen, Blutungen und andere mehr an den Nägeln vor, und hinterlassen wie dort bald keinerlei Spuren ihres früheren Bestehens oder unauslöschliche Veränderungen an denselben.

Eine recht auffällige und nicht besonders selten beobachtete Veränderung der Nagelsubstanz besteht in einer Verdickung und Verlängerung und klauenförmigen Biegung derselben.

Man bezeichnet solche mißgestalteten Nägel als Krallen- oder Greifennägel. In seltenen Fällen beruhen dieselben auf angeborener Grundlage, meist sind sie erst im späteren Leben erworben und entstehen infolge einer andauernden krankhaften Reizung der nagelbildenden Schichte. Bald liegen allgemeine Krankheitszustände, bald lokale Veränderungen der Verbildung zugrunde, bald entbehrt dieselbe jeder greifbaren Ursache.

Die Formbildungen, so charakteristisch sie im ganzen sind, zeigen dennoch manche Nuanzierungen: neben der Krallen- oder Klauenform findet man hornartig gedrehte Nägel, sogenannte Widderform, oder vielfach gewundene Nägel-Schneckenform und andere mehr.

Ein Leiden, welches den Trägern derselben meist viel zu denken gibt, besteht in der Entwicklung weißer Flecke in der Nagelsubstanz; dieselben können in Punktform auftreten, oder es bilden sich weiße Striche in Längs- oder Querrichtung und endlich kann auch die ganze Nangelsubstanz weiß gefärbt erscheinen.

Digitized by Google

Auch die ärztliche Welt hat sich mit der Deutung des Zustandekommens dieser Veränderungen, welche mit Lufteintritt in und zwischen die Zellen der Nagelsubstanz einhergehen, viel gemüht.

Eine sehr schmerzhafte Nagelerkrankung stellt die Nagelentzündung dar, welche bald in den Nagelwällen bald im Nagelbett oder in der Matrix sich abspielen kann. Dieselbe ist stets durch das Eindringen von eitererregenden Bakterien in die verletzte Haut bedingt.

Am bekanntesten von den verschiedenen hieher gehörigen Krankheitsbildern ist der sogenannte eingewachsene Nagel.

Zunächst tritt bekanntlich bei demselben ein Druck- und Schmerzgefühl an der Stelle des entzündeten Nagelwalles auf; es kommt zu Rötung und Schwellung und zur Eiterung daselbst. Die Erscheinungen steigern sich, bis die Ursache der Entzündung, der eingewachsene Nagel, losgelöst oder entfernt worden ist.

Der Grund zur Bildung des Einwachsens der Nägel liegt in der Mehrzahl der Fälle in der unzweckmäßigen Fußbekleidung und das führt uns dazu, der Pflege der Nägel unsere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Am meisten stiefmütterlich werden die Zehennägel in hygienischer und kosmetischer Hinsicht heutzutage bedacht.

Wir sind noch weit entfernt eine „Innung der Nagelkünstler" zu besitzen, wie es derlei Spezialisten im alten Rom gab, welche behend unter den Tischen sich bewegend, die Zehennägel der Schmausenden pflegten.

Wie auf so vielen Gebieten der Hygiene, so tut auch hier die Mode der Kosmetik und Gesundheitspflege der Nägel Eintrag. Bei der Art unserer Fußbekleidung und unserem Geschmack, durch enganliegendes Schuhwerk die Füße klein und zierlich erscheinen zu lassen, kann von einer freien und schönen Entfaltung der Fußnägel freilich keine Rede sein; wir müssen zufrieden sein, wenn den Geboten der Reinhaltung Genüge geleistet und für kunstgerechtes und zweckentsprechendes Verschneiden derselben Sorge getragen wird.

Für die Pflege der Fingernägel sorgt schon ein großer Teil der Menschheit, wenn auch noch weite Kreise wochentags die Trauerränder für erlaubt halten.

Eine peinliche Sauberkeit der Nagelwälle und der Partie unter dem freien Nagelrande erfordert nicht nur die Kosmetik, sondern ganz besonders auch die Hygiene.

Den Aerzten ist nur zu bekannt, welche Massen von Bakterien und manchmal von recht bedenklichen Schädlingen

Digitized by Google

an diesen Stellen sich ansiedeln und festsetzen; und welche Schwierigkeit es kostet, sie daselbst gänzlich zu beseitigen, haben zahlreiche bakteriologische Untersuchungen des letzten Jahrzehnts gelehrt. Da wir nun mit unseren Händen zahlreiche unserer Nahrungsmittel direkt oder indirekt in Berührung bringen, kann sehr leicht bei Unsauberkeit und vernachlässigter Pflege der Nägel eine Uebertragung von Krankheitserregern beim Essen erfolgen. Auf diese Weise kommen Infektionen mit Typhus- oder Cholerabazillen u. a. zustande.

Aber auch die Kosmetik erfordert eine öftere Beschäftigung mit den Nägeln. Schön und gefällig kann nur dann eine Hand genannt werden, wenn sie wohlgeformte und rosig angehauchte glatte Nägel besitzt.

In neuerer Zeit lebt die Manikure wieder auf.

Da werden die Nägel geschnitten, gereinigt, gerieben, gewaschen, geseift und geglättet, poliert und eingefettet, und für Liebhaber gibt es auch künstliche Färbung. Es gibt jetzt überall Bestecke in mehr oder minder eleganter Ausstattung zur Nagelpflege im Handel; ihre Zusammensetzung ist durchaus zweckmäßig, ihr Gebrauch empfehlenswert.

Um glänzende Nägel zu erlangen, reibt man dieselben mit Säuren ab, unter denen die Zitronensäure und der Essig sich im Volke besonderer Beliebtheit — und nicht mit Unrecht erfreuen.

Zum Polieren eignen sich Schmirgel und Zinn. Das letztere ist besonders viel gebraucht und wird in Pulverform oder auch Salbenform angewendet. Mittels eines feinen Rehleders oder einer Bürste wird der Nagel damit traktiert. Mit der Zeit bekommt derselbe dadurch eine auffallend glänzende, spiegelglatte Beschaffenheit.

Durch eine zweckmäßige und öfters geübte Manikure wird auch dem Auftreten schmerzhafter Bildungen vorgebeugt, deren bekanntesten eine der Neid- oder Nietnagel ist.

Man versteht darunter Einrisse in das Nageloberhäutchen, welches als direkte Fortsetzung der Haut, des Nagelfalzes bei unzureichender Nagelpflege über dio Nagelplatte sich erstreckt. Durch Austrocknung dieses Häutchens kommt es zu schmerzhaften Rissen, welche bis in den Nagelwall reichen und als offene Wunden zu schwerwiegenden Infektionen, zum Beispiel Rotlauf, Blutvergiftungen, Syphilis o. ä. Anlaß geben können und schon häufig gegeben haben.

So bleibt auch im Kleinen und Unscheinbaren die Sünde gegen die Reinlichkeit, die wir so oft schon Unheil

Digitized by Google

schaffen sahen, nicht ungestraft und in diesem Sinne soll das Wort Ludwig Sondereggers unsere Schrift beschließen:

„Der mächtigste Feind unseres Lebens ist der Schmutz, und wer ihn zu besiegen wüßte, der hätte die größte Aufgabe der Gesundheitspflege gelöst."

Ueber die Behandlung von Hernien im Kindesalter. Von Dr. Emil Heim, Wien. Die Behandlung der Brüche bei Kindern ist auch für den praktischen — mit Chirurgie sich nicht spezialistisch befassenden — Arzt ein dankbares Feld. Bei sorgfältiger Beobachtung des Falles können durch leicht zu treffende Maßnahmen gerade hier schöne Erfolge erzielt werden. Während beim Erwachsenen eine radikale Heilung der Hernien nur auf operativem Wege möglich ist, kann Dauerheilung eines Bruches im Kindesalter durch ein leicht durchzuführendes konservatives Verfahren erreicht werden.

Den Brüchen bei Kindern muß aber der Arzt auch deswegen erhöhte Beachtung schenken, da üble Zufälle und Komplikationen, beim Mangel einer Anamnese oder einer lokalisierbaren Schmerzempfindung, übersehen und deletär wirken können.

Vor allem kommen die häufigsten Brüche, die Nabelbrüche in Betracht. Hier gilt das eingangs Gesagte ganz besonders. Je früher, desto besser, d. h. sobald der Nabelschnurrest abgefallen ist, soll die Behandlung beginnen. Das einfachste chirurgische Verfahren, der Verband wird in der großen Mehrheit der Fälle eine Dauerheilung herbeiführen. Die Hernie wird reponiert, in die nun sich zeigende Grube wird ein entsprechend großer Wattepfropf — der vorher reichlich mit Poudre bestäubt wurde — eingelegt, die Haut wird in zwei längsverlaufende, einander parallele Falten zu beiden Seiten des Nabels erhoben und durch mehrere Heftpflasterstreifen, die aber die ganze Vorderseite des Abdomens umfassen sollen, in dieser Lage fixiert. Bezüglich des Heftpflasters wäre zu erwähnen, daß nur guthaftende aber milde und gänzlich reizlose Sorten gewählt werden dürfen.

So lange es irgend angeht, soll der Verband belassen werden und nur aus Reinlichkeitsrücksichten und wenn es die Umstände dringend erfordern, gewechselt werden. Das tägliche Reinigungsbad des Säuglings braucht darum nicht unterlassen zu werden. In leichten Fällen genügt ein 1—2 monatliches Tragen des Verbandes zur vollständigen Heilung.

Eine selbstverständliche Bedingung aber ist, daß seitens des Arztes allen Vorkommnissen, die eine erhöhte Bean-

Digitized by Google

spruchung der Bauchpresse bedingen, eine rege Aufmerksamkeit geschenkt wird. Insbesondere ist auf Husten, Meteorismus, Hartleibigkeit zu achten.

Durch die Anlegung des Heftpflasterverbandes sind wir im allgemeinen imstande Nabelbrüche bei Kindern bis zu zwei Jahren zu heilen; doch ist auch bei älteren Kindern jedenfalls ein Versuch mit diesem einfachen Verfahren zu machen, bevor die Hernie operativ angegangen wird.

Sollte der exakt angelegte Verband aber den Bruch nicht zum Schwinden gebracht haben, oder sollte dieser aus irgend einer Ursache Wachstumstendenz zeigen, so ist die Operation angezeigt. Das Verfahren ist ein einfaches: Umschneiden und Exzision des Nabels, Verschluß der Bruchpforte durch Naht der medialen Ränder der beiden musculi recti abdominis. Eine Inkarzeration der Nabelhernie im Kindesalter oder andere üble Zufälle ereignen sich kaum je.

Nabelschnurbrüche sind ziemlich selten, diese müssen aber wegen Gefahr der Ulzeration und konsekutiver Peritonitis primär operiert werden, jedes andere Verfahren ist zwecklos und schädlich.

In die Kategorie der Inguinalhernien fällt die überwiegende Mehrzahl aller andern Brüche des Kindersalters; da es sich hiebei selbstverständlich um die als „angeboren" bezeichnete Unterart der Leistenbrüche handelt, begegnen wir oft Komplikationen und Kombinationen mit Hydrokelen, Retentio testis oder Verlagerung des Hodens. Die konservative Therapie wird sich auch hier als zweckentsprechend erweisen, da trotz offenen Leistenringes und trotz Bruchsackes auch spontane Heilungen nicht zu selten vorkommen. Diätetische Massnahmen sollen die natürliche Heilungstendenz in geeigneter Weise unterstützen.

Außer den bereits früher angeführten schädigenden Momenten, die eine Spontanheilung zu verhindern imstande sind, sei hier noch auf zwei Anomalien aufmerksam gemacht. Blasensteine und Phimosen prädisponieren zur Hernienbildung und bedingen Wachstum bereits vorhandener Brüche. Beim Fehlen dieser heilungshemmenden Momente, also beim Fehlen eines gesteigerten intraabdominellen Druckes kommt es nur schwer zum Prolaps von Eingeweiden in den Bruchkanal; wenn also kein fester Bruchinhalt vorhanden ist, legen sich die Wände aneinander und verwachsen nach und nach in ganzer Ausdehnung, so dass der Bruchsack verödet.

Zur Unterstützung dieses natürlichen Heilungsvorganges tragen wir durch Anlegung eines passenden Verbandes bei. Eine einfache Kalikobinde mit einem Knoten über der

Digitized by Google

Bruchpforte genügt. Ein solcher Verband muss nämlich wegen der Notwendigkeit des häufigen Wechselns — leicht anlegbar und billig sein. Bei größeren Kindern, die bereits gehen, kann natürlich auch ein passendes Bracherium angelegt werden, dabei ist aber öftere Kontrolle des Arztes notwendig.

Werden nun die beschriebenen Vorsichtsmassregeln befolgt, ein Verband getragen, so erlebt man nach kürzerer oder längerer Zeit ($^1/_2$ Jahr mag als Durchschnittszahl gelten) die Freude, daß der Bruch verschwunden ist und bleibt.

Sollte aber der Bruch grösser werden, oder sich eine Inkarzeration einstellen, die Gefahr einer Hodenatrophie bestehen, so ist die Operation am Platze.

Zu bemerken wäre, daß im Kindesalter eigentlich alle Methoden zum Ziele führen. Oft genügt eine einfache Abtragung des Bruchsackes, eine leichte Vereinigung der Muskelränder mit dem Poupartschen Bande, um einen Dauererfolg zu garantieren. Daher ist es angezeigt, wenn Bruchband und dergleichen nicht zum Ziele führt, die Operation noch im Kindesalter durchzuführen, denn die Chancen einer Radikalheilung und die Hoffnung auf Rezidivfreiheit ist bedeutend größer als beim Erwachsenen.

Die Cruralhernien sind selten und es gilt für diese wörtlich dasselbe, was von den Leistenbrüchen gesagt wurde.

(Halbmonatsschrift für Frauen- u. Kinderkrankheiten.)

Zur Behandlung des frühzeitigen Haarausfalles. Von Dr. E. Saalfeld, Berlin. (Therapeut. Monatsh., April 1905.) Wo eine übermäßige Trockenheit mit übermäßiger Abstoßung von Epidermisschuppen besteht, muß man die Schuppen durch Waschungen mit Teerseife entfernen lassen und erst dann die Hyperkeratose beseitigen und die exzessive Trockenheit der Kopfhaut verringern. Diesen Indikationen entspricht das Tannobromin, das gleichzeitig die schätzenswerte Eigenschaft besitzt, juckstillend zu wirken. Tannobromin ist die Formaldehydverbindung des Dibromtannins und unterscheidet sich gegenüber dem Bromokoll, der Leimverbindung des Dibromtannins, vorzüglich durch seine Löslichkeit in Alkohol. Tannobromin ist ein bräunliches Pulver mit einem Bromgehalt von 30%. Der Vorteil des Präparates liegt darin, daß es ebenso wie der Schwefel in verschieden starker Konzentration für beide geschilderten Arten des Haarausfalles zu benutzen ist, wobei

Digitized by Google

gegenüber dem Schwefel noch der Vorteil der Löslichkeit in alkoholischen Vehikeln inbetracht kommt. Man verordnet etwa: Tannobromin 1,0, Vaselin flav. 29,0; oder Tannobromin. 1,0, Bals. Peruv. 2,0, Adip. coll. equin. 27,0; oder: Acid. salicyl. 0,5 bis 0,75, Tannobromin. 1,0, Lact. sulfur. 1,0, Tinct. canthar. 1,0, Adip. benz. rec. par. ad 30,0; oder statt Lact. sulf, g Thigenol. Eine dieser Salben läßt man dreimal in der Woche abends mit dem Finger gründlich auf der Kopfhaut verreiben. Um eine Beschmutzung des Kopfkissens zu vermeiden, wird das Haar mit einer Badekappe bedeckt- Bei den mit übermäßiger Fettabsonderung einhergehenden Fällen der Alopecia praematura, bei der Seborrhoea capitis, muß man von der Anwendung fettiger Salben Abstand nehmen. Patienten dieser Art weist man an, die Kopfhant anfangs täglich, später seltener mit Schwefelseife oder Spiritus saponato-kalinus Hebrae zu waschen. Nachdem die Kopfhaut und das Haar getrocknet ist, läßt man von einer der folgenden Lösungen einreiben: Thigenol. 2,5 bis 5,0, Spirit. ad 100,0; Tannobromin. 2,5, Thigenol. 2,5, Spirit. dilut. ad 100,0. In leichteren Fällen genügt die Anwendung einer 5%igen Chloralhydratlösung in Wasser und Spiritus zu gleichen Teilen. Das Thigenol sowohl wie das Tannobromin machen übrigens sehr helles Haar dunkler, was zu beachten ist. Wenn durch die entfettenden Prozeduren eine größere Trockenheit der Kopfhaut und Rauhigkeit der Haare eingetreten ist, so empfiehlt es sich, zwischen die Waschungen und Flüssigkeitseinreibungen die Applikation einer 10%igen Tannobromin- oder Schwefelsalbe einzuschieben. Nach einer Tannobrominbehandlung war Nachlassen der Schuppenbildung und des Juckens, sowie Verminderung des Haarausfalles der Effekt. Daß in weit vorgeschrittenen Fällen nur eine Besserung, keine komplette Heilung erzielt wurde, ist selbstverständlich, da das Mittel nicht imstande ist, bei der Seborrhoe die übermässig vergrösserten Talgdrüsen zu ihrer ursprünglichen Norm zurückzubilden und die einmal entstandenen Lanugohaare wieder zu Vollhaaren zu verwandeln. Daß auch die Prophylaxe für die Frage des vorzeitigen Haarschwundes eine große Bedeutung hat, bedarf keiner Betonung. Schon im Kindesalter soll auf die Qualität der Haare bei der Pflege derselben Rücksicht genommen werden und namentlich dann, wenn sich Schuppenbildung zeigt, eine entsprechende Behandlung einsetzen. Unter normalen Verhältnissen soll die Kopfhaut des Kindes nicht zu häufig gewaschen werden. Nach jeder Waschung wende man etwas reines Olivenöl an, da die Kopfhaut des Kindes gewöhnlich ziemlich fettarm ist. Seborrhoe ist auch häufig bei jungen Mädchen in der Entwicklungsperiode anzutreffen, wobei sie

Digitized by Google

häufig durch eine Chlorose provoziert wurde. Hier gelangt man durch Arsenik oder Eisen innerlich zur Besserung, nebstdem auch durch die Darreichung von Oophorin.

Verschiedenes.

Einführung einer einheitlichen deutschen Arzneitaxe. Zufolge einer unter den Bundesregierungen getroffenen Vereinbarung ist vom 1. April ab in den Bundesstaaten eine gleichartige Arzneitaxe eingeführt worden. Den Bundesregierungen ist ausdrücklich überlassen, einen etwaigen Nachlaß für Arzneilieferungen an öffentliche Anstalten, an Kassen und an solche Vereine und Anstalten, welche der öffentlichen Armenpflege dienen, sowie für Tierarzneien vorzuschreiben. Die Grundsätze sollen auch von Zeit zu Zeit einer Prüfung unterzogen werden, und es liegt, wie der Staatssekretär des Innern am 2. März erklärt hat, „gar kein Bedenken vor, bei der erneuten Prüfung auch Vertreter der Krankenkassen mit ihren Gutachten zu hören."

Die amtliche Ausgabe der deutschen Arzneitaxe wird im Verlage der Weidmann'schen Buchhandlung in Berlin erscheinen und durch den Buchhandel zu beziehen sein.

Anzeige.

Eine Partie guterhaltener medizinischer

Zeitschriften und Bücher

sind zu sehr mässigen Preisen abzugeben.

Verzeichnisse zu Diensten.

Schnitzler'sche Buchhandlung, Wetzlar.

Redakteur: Sanitätsrat Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro. 10. XLV. Jahrgang. Oktober 1905.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Zur Sauerstoff-Chloroformnarkose. Kaliumpermanganat als billiges lokales Hämostatikum. — Ueber Typhus abdominalis. Zur Lehre vom Herpes zoster. Ueber den gegenwärtigen Stand der Perityphlitisfrage. Zur Therapie der Hyperacidität. — Augenbäder mit Lösungen von künstlichem Emser Salz. — Der Kaiserschnitt nach seinem heutigen Standpunkt. Ueber Konzeptionsverhütung. Ueber Nephritis im Kindesalter. — Günstige Wirkung des Eunatrols.

I. Pharmacologie, Balneologie Hygiene und Bacteriologie.

Zur Sauerstoff-Chloroformnarkose erläßt Dr. Roth, Oberarzt am Allgemeinen Krankenhause zu Lübeck, im Zentralbl. f. Chirurgie eine Aufforderung zu einer Statistik. Die Frage, ob das Blut des gesunden Menschen unter erhöhter Sauerstoffzufuhr einer größeren Oxydation fähig ist, ist auch heute noch nicht endgültig entschieden. Noch mehr umstritten ist die Frage nach dem Werte der Sauerstoffzuführung bei pathologischen Zuständen, seien sie durch Dyspnoe oder Intoxikationen verursacht. Auf der einen Seite herrscht ein großer Enthusiasmus, auf der anderen ein ebenso ablehnender Skeptizismus. Weder der eine noch der andere Standpunkt erscheint vor der Hand berechtigt, und die bisherigen Erfolge fordern dazu auf, weitere Versuche anzustellen über den Wert der Sauerstoffbehandlung bei verschiedenen Arten der Erkrankungen und Vergiftungen unter Berücksichtigung der verschiedenen Möglichkeiten der Zuführung des Gases. Wie es durch anhaltende Zuführung reinen Sauerstoffs durch die Luftwege nach einfachem Flüssigkeitsersatze des entzogenen Blutes oder durch Einspritzung einer mit Sauerstoff gesättigten Kochsalzlösung, unterstützt durch lange fortgesetzte Einatmung reinen Sauerstoffs, möglich ist, den kritischen Zeitpunkt nach der Verblutung zu überwinden und das Leben so lange hinzuhalten, bis die zur dauernden Rettung not-

Digitized by Google

wendige Blutregeneration stattgefunden hat, hat Küttner durch das Experiment bewiesen und auf dem Chirurgenkongreß 1903 darüber berichtet. Diese Versuche Küttners sind gewiß von großer praktischer Bedeutung und gegebenenfalls zu verwerten. Von größter Wichtigkeit muß es nun aber dem Chirurgen sein, zu wissen, ob er in dem Sauerstoffe bei der Narkose, die er täglich vornimmt, ein Mittel besitzt, welches diese ungefährlicher zu gestalten vermag. Bekanntlich ist die gleichzeitige Darreichung von Sauerstoff und Chloroform schon älteren Datums; aber obgleich alle, die dieselbe angewendet haben, sehr entzückt davon waren, hat die Methode doch nie rechte Verbreitung gefunden. Das lag offenbar daran, daß es an einem zuverlässig arbeitenden und handlichen Apparat fehlte.

Die Literatur über die Sauerstoffnarkose mit dem Apparat Dr. Roth-Dräger ist in den letzten Jahren bereits eine recht große geworden und die Methode hat sich viele Freunde erworben. Die anfangs gefürchtete und auf Grund von nicht einwandsfreien Versuchen (Michaelis, Falk) behauptete Zersetzung des Chloroforms findet nicht statt. Alle, welche die Sauerstoff-Chloroformnarkose mit dem Apparat ausgeführt haben, sprechen sich ohne Ausnahme sehr günstig aus, viele haben die feste Ueberzeugung gewonnen, daß die Gefahr der Narkose durch die Methode herabgesetzt wird.

Kehr erkennt einen hervorragenden Anteil an den guten Erfolgen seiner Operationen der Sauerstoff Chloroformnarkose zu und sagt von dem Apparat: „Er nimmt manche Sorge und schafft viele Vorteile.“ In Frankreich haben Laborde und Guglielminetti Tierversuche mit dem Apparat angestellt und mit ihnen haben am Operationstische dann Lucas Championniére, Pozzi, Kirmisson und andere die günstigsten Erfahrungen gemacht.

Somit sind die Erfolge, welche man in der Praxis mit der Sauerstoff-Chloroformnarkose erzielt hat, so gute, daß sie auch ein allgemeines Interesse beanspruchen dürfen.

Sicherlich ist ein Teil der Vorzüge der Methode auf Rechnung der genauen und in bekannten Größen zu variierenden Dosierbarkeit des Narkosemittels zu setzen. Daß aber der Sauerstoff nicht nur die Rolle eines Verdünnungs- und Transportmittels des Narkotikums, sondern eines Antidots des Chloroforms bildet, möchte R auf Grund seiner Vergleiche der Sauerstoff-Chloroformnarkose mit solchen, in welchen er komprimierte Luft verwendete, annehmen. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie hat jahrelang eine Narkosenstatistik aufstellen lassen und wir besitzen in jenen Zahlen wertvolle Anhaltspunkte zum Vergleich. Die große

Digitized by Google

Anzahl der gelieferten und in Gebrauch befindlichen Apparate läßt erwarten, daß schon bis Ende 1904 ein genügendes Material für den Anfang einer Statistik vorliegt. Für diejenigen, welche genaue Aufzeichnungen nicht gemacht haben, bilden diese Zeilen vielleicht die Anregung, solche in Zukunft vorzunehmen.

Kaliumpermanganat als billiges lokales Hämostatikum empfiehlt Dr. Hans Vörner. (Münch. med. Wochenschr. 38/05.) In der Praxis haben wir häufig kleine Operationen vorzunehmen, die eine lebhafte Blutung im Gefolge haben. Zur Stillung derselben können wir natürlich Ligatur, Umstechung oder einen Kompressionsverband verwenden und sind durch eine dieser Methoden fast an allen Körperstellen imstande, die Blutung zum Stehen zu bringen. Aber diese Technik ist immerhin zeitraubend, kostet Material, wirkt durch die Auffälligkeit des Verbandes leicht entstellend und steht zu vielen kleinen, aber oft erhebliche Blutung verursachenden Eingriffen, welche der praktische Arzt häufig auszuführen hat, in keinem entsprechenden Verhältnis.

Man hat deshalb längst schon lokale Hämostatika empfohlen, durch deren Anwendung dem Patienten jene lästigen Manipulationen erspart werden können. Als solche Mittel sind eine Anzahl fester Substanzen, wie Alaun, Tannin, Feuerschwamm, Penghawar Djambi, oder gewisse, meist konzentrierte Lösungen, wie Liquor ferri sesquichlorati, Wasserstoffsuperoxd, Acetum, Liquor aluminii acetici, Acidum nitricum etc, verwendet worden. Alle diese Präparate zeigen bestimmte Nachteile. Vielfach ist ihre hämostatische Energie recht unbedeutend. Einige bewirken tiefgehende Aetzungen oder erzielen einen Schorf, unter welchem es leicht zur Eiterung und sogar zu einer Infektion von bedenklicherem Charakter kommen kann. In neuester Zeit ist zu diesen Mitteln noch das Nebennierenextrakt hinzugekommen, dessen Preis aber ziemlich hoch ist.

Seit einem Jahre wendet V. gewöhnlich das Kaliumpermanganat als lokales Styptikum an, und zwar teils als Lösung, teils als Pulver und teils als Paste. In der ersten Form benutzte er eine konzentrierte Auflösung in Wasser. Ein feines Pulver von Kalumpermanganat zu erlangen, scheint schwierig zu sein; er hat dasselbe so hergestellt, daß er von demselben zwei Teile mit einem Teile Kieselguhr mengte, darauf die Masse befeuchtet, wieder getrocknet und gestoßen hatte. Auf diese Weise erhielt er schnell und leicht ein sehr feines Pulver. Die Paste bereitete er in der Weise, daß er das Pulver zu dem dritten Teile mit Unguentum paraffini mischte. Eine Paste von gewünschter Eigen-

Digitized by Google

ſchaft will die Firma Riedel in Berlin in Handel bringen, und zwar vor allem die Paste in kleinen Zinntuben, aus welchen sich der entsprechende Bedarf leicht herausdrücken läßt. Der Preis ist 60 Pf., die Kosten der Anwendung sind bei dem gerigen Materialverbrauch gleich Null.

Die Technik besteht einfach darin, daß man die blutenden Stellen zunächst kurz mit Tupfer komprimiert und dann das Kaliumpermanganat in einer dieser Formen raſch appliziert. Bei leichteren Blutungen gelingt die Stillung häufig beim ersten Male, bei stärkeren hat man die Manipulation mehrmals zu wiederholen und vor allem das Material derb gegen die Unterlage anzudrücken. Die betreffende Stelle färbt sich durch das Medikament braun bis ſchwarz. Diese kosmetiſche Störung kann man bei sichtbaren Körperpartien durch Ueberkleben mit einem Zinkpflaster beseitigen. Eine Infektion ist bei der stark antiseptiſchen Wirkung des konzentrierten Kaliumpermanganates nicht zu befürchten. Einen Nachteil kann das Medikament für empfindliche Patienten bilden, da dasselbe nach der Applikation etwas Brennen verursacht. Man kann sich dadurch helfen, daß man nachher einige Schüppchen von Kokain auflegt.

Gelegenheit zur Anwendung des Medikamentes bieten vor allem die Exzisionen von Warzen, spizen Kondylomen, Papillomen, Naevis und anderen kleinen Hauttumoren. Hierbei erlebt man häufig ganz reichliche Blutungen, zu deren Stillung man oft dicke Kompressionsverbände anlegen muß. Durch dieselben ist das betreffende Individuum gewöhnlich verhindert, seiner Tätigkeit nachzugehen, während diese Behandlung in keiner Weise stört. Bei der Beseitigung mehrerer Warzen z. B. hält V. es für vorteilhafter, eine nach der andern zu entfernen und die kleine Wunde mit Kalipermanganat zu bearbeiten, als zunächst sämtliche zu exzidieren und dann einzeitig die Blutstillung vorzunehmen. Das erste Verfahren ist entſchieden ratsamer, weil einmal der Patient weniger Blut verliert und zweitens weil das oft recht störende Ueberbluten der noch zu entfernenden Nachbartumoren hierdurch vermieden wird.

Im allgemeinen handelt es sich hierbei um Stillung von einer Blutung, die profus aus kleinen Flächen tritt. Aber auch pulsierende Blutungen lassen sich beeinflussen, wie z. B. bei einem zottigen Papillom oder bei Frenulumdurchſchneidungen.

Die Pulverform des Mittels zeigte sich in der Anwendung auf den Schleimhäuten nicht immer zweckmäßig. Einmal können Pulverkörnchen abrollen und auf gesunde Stellen kommen, zweitens erzeugt das Pulver in der Nase, wenn es eingeatmet wird, ein lebhaftes Niesen. Für solche Stellen

Digitized by Google

(Nasen-, Mundschleimhaut, Präputium) ist vor allem die Verwendung der Paste zweckmäßiger.

Von ziemlicher Bedeutung scheint die Behandlung für Fälle von Nasenbluten zu sein, wo die Blutstillung oft erhebliche Schwierigkeiten macht und eine für die Patienten wenig angenehme Tamponierung erfordert. In dem Falle, in welchem V. das Kaliumpermanganat verwendete, hatte er einen sehr günstigen Erfolg. Die Blutung, welche aus der linken Seite des Septums kam, war leicht zum Stehen zu bringen. Bei einer späteren Wiederkehr wurde drei Wochen lang die Stelle jeden zweiten bis dritten Tag mit konzentrierter Lösung behandelt und die Patientin ist seit einem Jahr von neuen Blutungen verschont geblieben.

Bei der Anwendung des Kaliumpermanganats hat die Pastenform den Vorteil, daß man den Ueberschuß ohne Schaden mit Olivenöl beseitigen kann. Dieses Verfahren ist ratsamer als etwa Wasser zu verwenden; denn die Lösung veranlaßt leicht wieder Bluten.

II. Medicin.

Ueber Typhus abdominalis Es ist unleugbar, daß verschiedene Infektionskrankheiten, deren Verminderung und erfolgreiche Bekämpfung durch Hygiene und Bakteriologie stets hervorgehoben wurde, sich neuerdings unliebsam zu regen beginnen. Nachdem wir in den letzten Jahren trotz der obligatorischen Schutzimpfung an verschiedenen Stellen Deutschlands Pockenendemien von nicht ganz leichtem Verlaufe haben beobachten können, muß es auch als sicher festgestellt werden, daß der Typhus wieder häufiger auftritt. Dazu kommt die Erstarkung der Epidemie der Genickstarre, welche schon öfter, aber viel milder in Oberschlesien auftrat.

Da nun besonders der Typhus in den letzten Jahren wieder mehr Opfer fordert, so bedarf die für diese Krankheit so besonders wichtige symptomatische und prophylaktische Behandlung erneuter Fürsorge, welcher Friedrich Müller vor mehr als Jahresfrist einen für den ärztlichen Praktiker bestimmten Aufsatz (Therapie der Gegenwart 1904 Nr. 1 u. 2) widmete. Der Autor weist darauf hin, daß die Hauptgefahr des Typhus, wie statistisch nachgewiesen, in der Schwere der Infektion liegt, und daß diese im speziellen besonders auf das Herz ihre nachteiligen Folgen geltend macht. Leider ist es bisher nicht möglich gewesen, die Schwere des Falles im Anfang zu koupieren; von der antitoxischen Therapie hört man nur noch wenig, und das

Digitized by Google

zwar viel, aber nutzlos angewendete Kalomel ist völlig wirkungslos. Wenn auch bei schwerer Erkrankung von vornherein bestehende Herzschwäche und Senkung des Blutdrucks einen Hauptanteil am schlimmen Verlauf nimmt, so mag vielleicht dies nur ein Teil der Giftwirkung auf den Gesamtorganismus sein. Immerhin ist sie ganz besonders zu bekämpfen. Digitalis versagt nun aber, wie bei den meisten Infektionskrankheiten, und der Alkohol wird von Müller vollständig verworfen. Hingegen rät er zu systematischen Injektionen von mittleren Koffeindosen zweistündlich (1—2 g pro Tag). Gegen die Ueberfüllung des Splanchnikusgebietes und des damit verbundenen Meteorismus empfiehlt er dauernd eine große Eisblase, wonach der Gärtner'sche Tonometer sofort Blutsteigerung anzeigte. Einen Hauptwert aber legt er auf die Wasserbehandlung. Freilich ist hierbei nicht die Herabsetzung der Körpertemperatur, sondern nur die Herzkräftigung und die Kontraktion der Blutgefäße der Zweck. Eine kurze Einwirkung des kalten Wassers, auch nur in Form von Uebergießungen oder Abwaschungen genügt in schweren Fällen, und ein gut gewärmtes Bett nachher wird dem Kranken den sonst unausbleiblichen Schüttelfrost ersparen, mit dem die Temperatur sonst auf die doch einmal festgestellte Höhe gebracht wird. Der Nutzen des Bades zeigt sich in Blutdrucksteigerung, geringerer Benommenheit, Anregung des Appetites, Vertiefung der Atmung.

Außer der Schwere der Infektion ist die Darmblutung und Darmperforation die gefährlichste Todesursache. Deswegen ist auch die Typhusdiät eingeführt worden. Daß man aber gleichzeitig die Einfuhr der Nahrung auf ein Minimum beschränkt, ist in neuerer Zeit vielfach bekämpft worden, und auch Müller spricht einer möglichst reichlichen Ernährung das Wort, denn der Typhuskranke verliert täglich wie Engel und Svensson gezeigt haben, 9 g Stickstoff, was 250 g Muskelfleisch entspricht. Ersetzt man diese bedeutende Autophagie nicht durch geeignete Nahrungsmittel, so bringt man den Typhuskranken in einen Zustand absoluter Widerstandslosigkeit gegen so viele der gefürchteten Komplikationen. Und da nun Hößlin, Bauer und Körte bewiesen haben, daß im Typhus die Nahrung gut resorbiert wird, so darf man den Kranken wohl mehr als Schleimsuppen und verdünnte Milch erlauben. Fleisch ist immer in den oberen $^2/_3$ des Dünndarms gelöst, ebenso auch Gebäck; Reisbrei, Kartoffelbrei und etwaige Reste davon, sowie weiche Gemüse, kommen in nicht festerem Zustande an die Stelle der Darmgeschwüre, wie Peptone oder Milch. Natürlich müssen sehnige Teile, Knorpel, harte Gemüse und Obst verboten werden. Müller empfiehlt also reichliche Er-

Digitized by Google

nährung, täglich 1—1½ Liter Milch, weiches Fleisch, geschabtes Beefsteak, Hirn und Bries feingeschnittenen Kalbsbraten, Hühnerfleisch und Wild, ferner Kartoffelbrei, besonders auch um die skorbutischen Zustände zu verhüten, die Gerhardt beschrieben hat. Daneben Mehl, Reis- und Griesbrei, Spinat, Apfelkompot und von Gebäck, Zwieback und trockenes Weißbrot. Durch den Kauakt werden die Zähne gereinigt und die Speicheldrüsen gereizt. Von einer blähenden Wirkung der Mehlspeisen hat sich nichts gezeigt, ebensowenig wie dies bei der Milch beobachtet wird. Freilich läßt sich diese Ernährung nicht immer in der genannten Ausdehnung durchführen. In den ersten Wochen besteht öfters eine unüberwindliche Appetitlosigkeit und Brechneigung, und bei den ersten Zeichen einer Darmblutung muß natürlich die Ernährung auf ein Minimum beschränkt werden. Aber niemals hat sich statistisch eine Vermehrung der Gefahren von seiten der Därme bei reichlicher Nahrung gezeigt. Auch die Rezidive, die übrigens stets leichter verlaufen, haben sich durch die Art der Beköstigung nicht vermehrt.

An dritter Stelle unter den gefährlichen Komplikationen des Typhus stehen die Pneumonien, nicht jene, mit denen Typhus zuweilen anfängt sondern die, welche sich im Anschluß an die Bronchitis ausbilden. Müller sieht einen großen Teil dieser Pneumonien als Schluckpneumonien an und empfiehlt deshalb eine sehr intensive Mundpflege, Verbesserung der Nasenatmung, häufige Lageveränderung, Terpentindämpfe im Spray von einem Kessel (Bronchitiskessel) her auf das Gesicht des Patienten gerichtet. Geringere Bedeutung haben die Komplikationen des Typhus durch Nephritis und Cystitis, und auch diejenigen von seiten des Nervensystems geben selten zum Eingreifen der Therapie Veranlassung.

Was die Frage der Ansteckungsfähigkeit betrifft, so ist eine Kontagiosität zwar vorhanden aber nicht allzu bedeutend. Die Berührung mit Dejektionen und mit Typhuskulturen erfordert hier eine besondere Vorsicht, während eine andere Uebertragungsweise dieser durch Trinkwasser bedingten epidemischen Krankheit von Mensch auf Mensch nicht vorzukommen scheint.

Von großer Bedeutung für den günstigen Verlauf des Typhus ist jedenfalls auch seine rechtzeitige Erkennung. Daß dies im Anfang der Erkrankung oft recht schwierig ist, ist bekannt; man hat bei dem Versagen vieler Erkennungsmittel die Widal'sche Reaktion als zuverlässigste Methode in Kliniken und Krankenhäusern im Anfang des Typhus verwertet. Diese für den Praktiker aber kaum verwendbare Methode ist von Ficker (Berl. klin. Wochenschr. 1903 No. 45)

Digitized by Google

modifiziert worden. J. Meyer (Berl. klin. Wochenſchr. 1904 No. 7) hat die Fickerſche Modifikation nachgeprüft und als zuverlässig gefunden, und da der Praktiker sie durchaus verwerten kann, so sei sie hier beſchrieben und angelegentlich empfohlen. Das Ficker'ſche Diagnostikum besteht in einer von der Firma Merck - Darmstadt hergestellten, tote Typhusbazillen enthaltenden Flüssigkeit, welche ebenso vom Serum Typhuskranker agglutiniert werden, wie lebende Kulturen. Diese leicht getrübte sterile Flüssigkeit muß dunkel und kühl aufbewahrt werden, hält sich aber monatelang. Vor Anstellung des Versuches und auch sonst öfters muß sie tüchtig geſchüttelt werden. Das Blutserum des Typhuskranken gewinnt man am besten durch Schröpfkopf. Mehr als ein Kubikzentimeter Serum dürfte nicht nötig sein. Die Anstellung der Probe geſchieht im kleinen Gläschen, in dem man die Agglomeration mit bloßem Auge wahrnehmen kann, nachdem man dem Serum Kochsalzlösung zur Verdünnung zugesetzt hat. Die nötigen Reagentien, den Schröpfkopf und Gebrauchsanweisung erhält man von der Firma Merck, Darmstadt; ein kleines Besteck enthält alle Apparate. Die Methode sollte nunmehr sowohl von beamteten Aerzten, denen kein Laboratorium zu Verfügung steht, als auch von den praktiſchen Aerzten reichlich geübt werden. — (Zeitſchr. f. ärztl. Fortbildung.)

Zur Lehre von Herpes Zoster. Von Otto Sachs. (Zeitſchrift für Heilkunde, Bd. XXV, Heft 12.) S. hatte Gelegenheit, im Jahre 1901 eine Epidemie von Zoster in Breslau zu beobachten, welche im ganzen 69 Erkrankungen (gegen 26 des gleichen Zeitraumes 1900) umfaßte. Von diesen 69 Fällen verteilen sich 8 auf den Herpes labialis und nasalis, 19 den Herpes progenitalis 12 den Zoster facialis, 8 den Zoster occipito collaris, 3 den Zoster cervicobrachialis, 1 den Zoster brachialis, 5 den Zoster dorso-pectoralis, 3 den Zoster dorso-abdominalis, 5 den Zoster lumboinguinalis, 5 den Zoster lumbo-femoralis.

Zunächst ſchneidet S. nun die Frage an, ob die Formen der Herpes nasalis, labialis, facialis und progenitalis zusammen mit dem Zoster einen Prozeß darstellen oder als verſchiedene Erkrankungen aufzufassen sind, wobei er sich von vorneherein zugunsten der erstgenannten Auffassung ausspricht, obwohl über diesen Punkt bislang noch keine übereinstimmende Auffassung platzgreift, Die Autoren, welche für die Trennung der beiden Affektionen eintreten, unter anderen Hebra, Jariſch, Kaposi, Neumann, Lang, Unna führen für ihre Theorie zunächst folgende Argumente ins Feld: Der Herpes simplex tritt ohne neuralgiſche Schmerzen,

Digitized by Google

ohne Zusammenhang mit dem Verlaufe bestimmter Nerven auf, heilt ohne Narben und rezidiviert gerne, während der Zoster nur ganz selten rezidivieren soll. Letzteres Argument wird von S. bestritten, da einmal auch der Herpes simplex isoliert bleiben kann, anderseits Zosterrezidiven, wenn auch nicht häufig, so doch in hinreichender Anzahl bekannt sind. Desgleichen ist auch das Merkmal der Einseitigkeit keineswegs ein völlig konstantes, da genügend Fälle von Zoster bilateralis beobachtet wurden. Endlich plädiert Unna vom histologischen Standpunkte für die Differenzierung, da der Zoster dem Typus der ballonierenden Degeneration, der Herpes simplex dagegen der echten Koagulationsnekrose entspreche.

Der gegenteiligen Anschauung, nämlich der Identitätstheorie beider in Rede stehenden Affektionen schließen sich unter anderem Bärensprung, Mauriac, Blaschko, Köbner, Neisser und Finger an. Neisser rechnet zum Zoster auch die Fälle von Herpes labialis, facialis, buccalis, praeputialis und progenitalis, wobei er die primäre Nervenläsion an die äußerste Peripherie der Nervenästchen verlegt wissen will, so zum Beispiel nach häufig wiederkehrenden Erkrankungen, wie Erkältungsfieber, Schnupfen usw. oder nach traumatischen Irritationen des peripheren Nerven, wie nach Ulcus molle und Primäraffekt, indem er dem dabei in Betracht kommenden Ulzerations- und Verhornungsprozeß die Schuld an der Irritation beimißt; der Prozeß mag nun auf den betroffenen Bezirk beschränkt bleiben oder aber auch aszendierend fortschreiten.

Ehrmann hat bekanntlich sogar ein Zusammenhängen des Herpes progenitalis mit Plattfuß gefunden. Das häufige Vorkommen des Herpes im Gesichte und an den Genitalien läßt sich nach Blaschko dadurch am ungezwungensten erklären, daß es sich um die Eingangspforten der wichtigsten Körperkanäle — des Respirations- und des Verdauungstraktes, des Harn- und Genitaltraktes — handelt, und daß jede der so zahlreichen akuten Störungen oder Reizungen innerhalb dieser Kanäle sich durch Vermittlung des Nervensystems gerade auf die Hautpartien in der Umgebung der Eingangspforten projizieren könne. Ob es sich um eine rein periphere Nervenreizung handelt, oder um einen typischen spinalen Reflexbogen, können wir, wie Blaschko ausführt, mit unserem heutigen Wissen nicht entscheiden. Weiters sei noch an die bekannten Forschungen von Fließ erinnert, die einen ursächlichen Zusammenhang der Nase mit dem Geschlechtsorgan ergaben (Milderung der dysmenorrhoischen Beschwerden durch Kokainisierung von Nasenmuschel oder septum nasi), an das

Digitized by Google

Auftreten von Herpes genitalis und vulvaris gleichzeitig mit der Menstruation usw.

In der Folge belegt Sachs noch die Ansicht, daß bei jenen Krankheiten, bei denen erfahrungsgemäß Herpes facialis häufig auftritt, manchmal auch typische Zosteren beobachtet wurden, durch die einschlägige Literatur, um durch die aus den betreffenden pathologisch-anatomischen Untersuchungen gewonnenen Resultate zugunsten seiner Auffassung, — der Identität der beiden Prozesse — verwerten zu können.

Neben den akzidentellen Fällen von Herpes facialis, den Begleiterscheinungen anderer Krankheitsprozesse, wollen nun andere Autoren eine eigene Krankheit unter dem Namen Febris herpetica oder Herpes febrilis abgrenzen, eine Infektionskrankheit sui generis mit genau festgestellter Fieberkurve (remittierender, selten kontinuierlicher Typus) und Verlauf, bei denen der Herpes nur als kutaner Ausdruck der Allgemeinerkrankung anzusprechen wäre. Besonders die Komplikationen, die nach Angina herpetica auftretenden Paralysen, sollen direkt auf den neuropathischen Ursprung des Herpes hinweisen. Landouzy differenziert zwischen einem symptomatischen Zoster und einem Zosterfieber. Der symptomatische Zoster folge der Läsion eines Ganglions oder eines Nerven durch einen beliebigen Einfluß: Trauma, Kompression durch einen Tumor, Arsenvergiftung usw.

Das Zosterfieber charakterisiere sich durch die allgemeinen Symptome, von denen es oft eingeleitet wird, durch seine zyklische Entwicklung, durch die Einmaligkeit seines Auftretens als in die Klasse der allgemeinen Infektionskrankheiten gehörig. Diese Argumentation Landouzys ist aber keineswegs sicher festgestellt, da gegenteilige Beobachtungen gerade für die kontradiktorische Auffassung geltend zu machen wären. Es ist vielmehr viel naheliegender, die Angina herpetica als Zoster des Trigeminus aufzufassen, ausgehend von Reizungen des Ganglion sphenopalatinum, welches durch seine Lage, Verbindungen und Verzweigungen die Lokalisation des Herpes an den Prädilektionsstellen zwanglos erklärt.

Was die Aetiologie des Zosters anlangt, so sind zunächst posttraumatische Erkrankungen am ehesten plausibel, die man in der Literatur öfters registriert findet. S. kann eine stattliche Reihe von Zosteren nach Säbelhieben, Schußverletzungen, Quetschungen usw. zusammenstellen. Ferner kommen Karies der Wirbel oder Rippen, Tumoren und Eiterungen (Mittelohr) in Betracht, ebenso Operationswunden (Herpes de voisinage), reflektorische Reizungen (nach Operationen in utero, Shock) Intoxikationen (Arsen, Kohlenoxyd, Antipyrin — Kokain, Tuberkulin, dann im Verlaufe von In-

Digitized by Google

fektionskrankheiten, wie Masern, Scharlach, Tetanus usw.) in Betracht. Bezüglich der letzteren gilt die Gerhardtsche Hypothese, nach welcher die Temperatursteigerung gerade auf die kleinen Trigeminusätze eine Reizwirkung ausübt, indem in den engen Knochenkanälchen die die kleinen Nerven begleitenden Arterien im Fieberstadium eine Erweiterung zu erfahren hätten, nicht zu Recht, da wir uns die toxische Entstehung dieser Zosteren leichter erklären können. Ob die Lues und der Diabetes auch als Ursache für einen im Verlaufe derselben auftretenden Zoster anzusprechen sind, ist heute noch zweifelhaft, da bei der großen Anzahl von Syphiliserkrankungen doch sehr wenig Zosteren auftreten und diese eher als zufällige oder unter die zu bestimmten Jahreszeiten gehäuften Erkrankungen zu zählen sind.

Für viele Zosteren ist auch zweifellos die Erkältung als Gelegenheitsursache zu betrachten. Da, wo der Zoster gleichzeitig mit einer rheumatischen Fazialislähmung oder einer rheumatischen Ischias auftritt, ist dieser Zusammenhang einleuchtend.

Abgesehen von den Zosterformen bei Schnupfen, Menstruation usw. bleiben aber immer noch „idiopathische" Zosteren übrig, für deren infektiöse Natur ein sicheres Substrat weder in den ausgeführten Blutuntersuchungen, noch in den Untersuchungen des Bläscheninhaltes oder der Cerebrospinalflüssigkeit gefunden werden konnte. Gleich negativ blieben die ätiologischen Forschungen, so daß wir den Erreger des Zosters trotz der wiederholt nachgewiesenen Parasiten- und Bakterienflora nicht kennen.

Für die infektiöse Natur aber sprechen eine Reihe klinischer Momente, zunächst die Beobachtung von Zosterfällen mit generalisierter Eruption, ferner jene Fälle von Zoster, die in derselben Familie, in Schulen, Pensionaten, in Spitälern zur Beobachtung kommen und durch die gleichzeitige oder kurze Zeit darauf folgende Erkrankung zweier oder mehrerer Personen die Möglichkeit an eine Infektion, eine Uebertragung von Individuum zu Individuum nahelegen, wobei jedoch alle Fälle mit bekannter Aetiologie von vorneherein zu subtrahieren sind. Von den 69 Fällen von S. kann nach diesem Schema aber nur ein einziger Fall (nach Arsengebrauch) in Abzug gebracht werden.

Für die Auffassung des Zosters als einer Infektionskrankheit sprechen seine Symptome, das Fieber, der generalisierte Ausbruch von Blasen, die scheinbare Immunität nach einer einmaligen Erkrankung, endlich die im Beginne oft nachweisbaren Drüsenschwellungen. Es liegt demnach die Annahme, daß der Prozeß durch ein spezifisches, viel-

Digitized by Google

leicht bakterielles Virus ausgelöst werde, nicht abseits der Möglichkeiten.

Ebenso wäre es denkbar, daß irgendein bislang unbekanntes Zostertoxin bestimmte Ganglienzellen und Nervenbahnen schädigen könnte, da ja die efektive Wirkung gewisser Gifte auf ganz bestimmte Nervengebiete bekannt ist (Blei, Atropin, Diphterie usw), wobei das für das supponierte Toxin empfindlichste Ganglion zuerst erkrankt. (Blaschko.) Das gehäufte Auftreten des Zosters spricht gewiß für diese Theorie. (Zoster infectieux der Franzosen.)

Ueber den gegenwärtigen Stand der Perityphlitis-Frage. Von Schmitz. (Berl. Klinik 1905, Heft 203.)

Klinisch unterscheidet man bei der akuten Perityphlitis zwei Gruppen; die leichten Fälle und die Fälle mit schwereren Erscheinungen, wobei aber besonders zu betonen ist, daß auch bei einem leichten Fall gelegentlich im Laufe der Tage schwere Erscheinungen hinzutreten können, und ein solcher Fall dann der zweiten Gruppe beizuzählen ist.

Als leichte Fälle kann man diejenigen zusammenfassen, welche bei wenig oder gar nicht gestörtem Allgemeinbefinden lediglich eine mäßige lokale Druckempfindlichkeit in der Blinddarmgegend ohne erhebliche Reflexspannungen der Bauchmuskulatur zeigen, wo vielleicht ein plötzliches, aber ganz kurz anhaltendes Erbrechen und Aufstoßen vorhanden gewesen ist, welches aber nicht von weiteren erheblichen gastrischen Störungen begleitet war (belegte Zunge, Kopfschmerz etc.), wo die Temperatur im Anfang nicht viel über 38^0 anstieg und bald wieder die normale erreichte, und wo der Puls qualitativ und numerisch eine annähernd normale Beschaffenheit zeigt. Solche Fälle kann man durchweg exspektativ behandeln, sie fordern aber eine genaue ärztliche Kontrolle und Ueberwachung, wenn möglich im Krankenhaus. — Alle anderen akuten Fälle dagegen operiere man sofort. Hierher gehören einmal die Fälle, welche mit stürmischen Primärerscheinungen einhergehen, wie heftige Kolikschmerzen, mit Kollaps oder auch starker Druckempfindlichkeit eventuell des ganzen Leibes, besonders bei diffuser Spannung der Bauchdeckenmuskulatur, mit Auftreibung des Leibes, Pulsbeschleunigung, andauerndem Erbrechen und Aufstoßen oder starken Temperatursteigerungen; dann kommen diejenigen Perityphlitiden in Betracht, welche sich ohne solche ausgesprochene, lokale Begleiterscheinungen mit einer mehr allgemeinen Depression, schlechtem Allgemeinbefinden, blassem, verfallenem Aussehen, Schweißausbruch, kühlen Extremitäten, Cyanose, stark belegter Zunge abspielen.

Digitized by Google

Weiter rechnet man hierzu die Entzündungen, die bei deutlich nachweisbaren, lokalen Veränderungen, Resistenz bezw. lokalisiertem Tumor und Schallabschwächungen in der Ileokalgegend, mit großer Abszessbildung in der Beckenschaufel oder im Douglas, ohne alle die erwähnten subjektiven Krankheitserscheinungen mit oder ohne Temperatursteigerungen einhergehen. Endlich gehören hierher die Fälle, wo die subjektiven und objektiven Erscheinungen gering sind, aber anhaltenderes Erbrechen und Uebelkeit oder zunehmendes oder hohes Fieber, stärkere Schmerzen, die nicht auf die rechte Unterbauchgegend lokalisiert bleiben, oder reflektorische Bauchdeckenspannung vorhanden sind.

Alle diese Fälle operiere man nicht nur in den ersten 48 Stunden, sondern sobald sie zu Gesicht kommen; denn es lehrt die Erfahrung, daß alle Symptome bei der Perityphlitis ungewiß sein können, daß die Prognose unsicher ist, und daß kein Mensch voraussagen kann, wie der einzelne Fall auslaufen wird. ohne daß man die Causa morbi, d. h. den kranken Wurmfortsatz, entfernt, daß wir also am Krankenbett an der Hand der klinischen Symptome nicht immer sichere Rückschlüsse auf die pathologisch-anatomischen Veränderungen am Wurmfortsatz und in der Umgebung desselben machen können.

Man kann im allgemeinen sagen, daß nach 48 Stunden die Chancen mit zunehmendem Abwarten sinken. Der Grund liegt darin, daß in den ersten zwei Tagen die Beteiligung des Peritoneums meist noch keine größere Ausdehnung erfahren und der Gesamtorganismus noch nicht allzusehr in irreparabler Weise gelitten hat, während vom dritten Tage ab, wenn keine Neigung zur Adhäsionsbildung vorhanden ist, infolge der immer intensiver werdenden freien Peritonitis der Gesamtzustand des Kranken und damit die Aussichten für die Operation immer schlechtere werden.

Die Intervalloperation ist angebracht in Fällen, wo sich entweder mehrmals oder häufig ganz leichte, akute Anfälle einstellen, oder wo dauernd intensivere Symptome für das Vorhandensein einer chronischen Erkrankung des Wurmfortsatzes sprechen, weil hier ein Wiedereintreten der Gefahr wahrscheinlich ist.

Eine große Bedeutung in diagnostischer Hinsicht ist von vielen der Untersuchung des Blutes, der Leukozytenzählung, beigemessen worden. Diese Methode kann wohl in den Krankenhäusern leicht angewendet werden, ist aber für den praktischen Arzt absolut unbrauchbar; denn wo sollte der beschäftigte Arzt die Zeit hernehmen, beim einzelnen Patienten täglich diese immerhin subtile Untersuchung vorzunehmen. Sie ist deshalb für den praktischen Arzt zurzeit

Digitized by Google

nicht empfehlenswert, und Rehn's Ausspruch, man solle mit der Zählung keine unnötige Zeit verlieren, ist für den praktischen Arzt jedenfalls zutreffend.

Therapie der Hyperacidität nach Boas. Geboten ist Einschränkung der Fleischspeisen (am wenigsten bringt fettes Fleisch Schaden), möglichst viel Kohlehydrate in leicht assimilierbarer Form und bei guter Widerstandskraft des Patienten reichlicher Fettgenuß — auch in Emulsionen. Die Milch ist der wichtigste und bisweilen sogar ein unerläßlicher Speisefaktor, besonders bei starker Hyperacidität und cei ulcerösen Affektionen. Auch muß der Bereitung der Speisen und den Gewürzen gebührende Aufmerksamkeit geschenkt werden. Da starke Gewürze die Hyperacidität steigern, ist deren Gebrauch streng zu verbieten, da gewöhnlich die Magenkranken durch eine außerordentliche Neigung für stark gewürzte Speisen sich auszeichnen. Dies gilt besonders für die starken Säuren, den Essig, die sauren Gemüse und Weinsorten. Salate sind für sich unschädlich und können mit Provenceröl und etwas Zitronensaft bereitet, genossen werden. Milch und Sahne in saurem Zustand werden gut vertragen und Boas verordnet diese und zugleich Kefir gern bei solchen Kranken, wobei er nie eine Steigerung der krankhaften Prozesse beobachtet hat. Von den Getränken werden außer den weißen Weinen (besonders Moselwein) noch die schäumenden schlecht vertragen, gute Rheinweine, Bordeaux werden gut vertragen, desgleichen die unverfälschten weißen Bordeaux- und Burgunderweine, Kaffee und Nikotingenuß sind unbedingt zu verbieten; als Ersatz für den gewöhnlichen Kaffee kann man Malz- oder Haferkaffee gestatten. Tee und bisweilen Kakao werden gewöhnlich gut vertragen. Das Rauchen steigert die Beschwerden jedoch sind die Individuen in Bezug darauf verschieden empfindlich.

Die Mineralwässer, besonders die alkalischen (von Fachingen, Bilin, Giesshübl, Vichy, Vals, Salvator, etc.) sind für die Behandlung geradezu notwendig. Boas gibt morgens nüchtern und jedesmal nach dem Essen 200—300 g auf einmal. Die Frage, ob ein beständiger Gebrauch von Alkalien eine beständige Verminderung der Salzsäure des Magensaftes bewirke, verneint B. auf Grund seiner Erfahrungen: dafür, daß wiederum ein übermässiger Gebrauch schädlich wäre, sind keine Anhaltspunkte vorhanden. In entsprechender Dosierung und Form erleichtern die Alkalien die Schmerzen bei der Hyperacidität; ihre Wahl und Dosierung ist nicht gleichgiltig. Das billige doppelkohlensaure Natron ruft eine reichliche Kohlensäureentwicklung

Digitized by Google

hervor, wodurch der Magen dilatiert wird; außerdem reizt die Kohlensäure die Magenschleimhaut. B. gebraucht das zitronensaure Natron, das weniger energisch wirkt und auch nicht reizt. Gegen bestehende Obstipationen ist Magnesia usta zu empfehlen. Ein gutes Präparat ist Magnesia ammon. phosphoric., welches neben seiner leicht abführenden auch säuretilgende Eigenschaften besitzt. Auch die zitronensaure Magnesia wirkt leicht abführend und wird von B. bisweilen verordnet. Bei Neigung zu Durchfällen ist kohlensaures oder phosphorsaures Calcium, kombiniert, falls notwendig, mit Wismut zu geben. Beim Gebrauch von Alkalien müssen folgende Regeln beobachtet werden: Je weniger gegessen wird, desto geringer muß die Dosis der Alkalien sein; die Alkalien müssen 2—3 Stunden nach dem Essen eingenommen werden; einmal ist genügend nach dem Mittagessen, allenfalls auch nach dem Frühstück, falls zweimal täglich gegessen wird. Nach geringen Speiseaufnahmen genügt ein Glas Mineralwasser. Die Mineralwässer, die Soda und schwefelsauren Salze enthalten, wirken säuretilgend; besonders günstig ist die Wirkung der Thermalquellen, deren erste Stelle Karlsbad und Neuenahr einehmen.

Die Therapie der Hyperacidität und Hypersekretion muß hauptsächlich für die Beseitigung von Reizeinflüssen sorgen, was durch eine strenge Diät zu erreichen ist. Alle übrigen Medikamente können die diätische Behandlung unterstützen, nicht aber ersetzen. (Zentralbl. f. d. ges. Therap. No. 5, 1905.)

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Augenbäder mit Lösungen von künstlichem Emser Salz. Von Dr. Hesse, Augenarzt in Pirna. (Sonderabdruck aus der „Deutsch. Med. Wochenschrift“ 1905, No. 40.) Augenbäder mit Lösungen von künstlichem Emser Salz wendet H. seit Jahren zur Heilung verschiedenartiger krankhafter Zustände des äußeren Auges an.

Er läßt dazu eine Augenbadewanne benutzen. Es ist dies ein kleines Gläschen, dessen Rand so geschliffen ist, daß es sich der Umgebung des Auges gut anpaßt. Dieser Rand besitzt eine Breite von etwa 5 mm, sodaß die Haut nicht eingedrückt wird. Beim Gebrauch wird die Augenbadewanne zur Hälfte mit einer $1^0/_0$igen Lösung von künstlichem Emser Salz, welche auf Körpertemperatur erwärmt ist, gefüllt. Der Patient nimmt die Badewanne dann in die Hand (für das rechte Auge benutze er die rechte Hand, für

Digitized by Google

das linke Auge die linke), öffnet das Auge und drückt es bei vornübergebeugtem Kopfe so in die Badewanne hinein, daß deren Rand überall der Umgebung des Auges fest anliegt. Alsdann wird der Kopf so weit rückwärts erhoben, daß das Wasser in der Badewanne sich über dem Auge befindet, und nun wird dieses bei fleißigem Oeffnen und Schließen des Lides auf die Dauer einer halben Minute gebadet. Zum Schluß wird die Umgebung des Auges mit einem sauberen Tuche oder etwas Mull vorsichtig abgetrocknet. Diese Bäder läßt H. je nach Bedarf 1—2—3stündlich wiederholen.

Die Bäder sind in mancherlei Hinsicht nützlich. Zunächst wird auf keine andere Weise eine gründlichere Ausspülung des Bindehautsackes erzielt, und es werden durch sie am besten die krankhaften Sekrete der Bindehaut entfernt. Zugleich werden feinste, mechanisch oder chemisch wirkende Stoffe, sowie lebende Krankheitserreger bei ihrer Anwendung leicht beseitigt. Der Patient ist dabei nicht auf fremde Hilfe angewiesen, sondern er kann das Baden allein ausführen. Die Bäder sind nicht allein schmerzlos, sondern vielmehr von angenehmer Wirkung, weil eben eine Menge staubförmiger Fremdkörper, sowie die Sekrete der Bindehaut entfernt werden, die bei ihrer Anwesenheit ein Gefühl von Schmerzen oder Brennen verursachen. Die Bäder sind unschädlich, sie können deshalb lange Zeit hindurch benutzt werden und eignen sich überhaupt zur Pflege des äußeren Auges, namentlich bei bestimmten Berufsarten. Durch ihre Unschädlichkeit und Reizlosigkeit zeichnen sie sich vor den meisten der sonst gebräuchlichen Augenwässer aus, welche Lösungen von Säuren oder sauer reagierender Metallsalze darstellen. Unsere Körpersäfte haben eine alkalische Reaktion, und H. kann sich nicht vorstellen, daß wir durch Zufuhr von Säuren oder Lösungen saurer Salze günstig auf die Gewebe einwirken. Jeder Arzt weiß auch, wie vorsichtig er mit den üblichen Heilmitteln sein muß, um einen heftigen katarrhalischen oder entzündlichen Zustand der Bindehäute oder der Hornhaut nicht noch zu verschlimmern.

Von Salzen enthalten das Blut und die Lymphe neben Kochsalz in erster Linie kohlensaures, resp. doppeltkohlensaures und schwefelsaures Natron, und gerade doppeltkohlensaures und schwefelsaures Natron bilden neben Kochsalz den Hauptbestandteil des Emser Salzes Die erwähnte Zusammensetzung desselben hat bei der Verwendung seiner Lösungen als Augenwasser noch eine besondere Wirkung, nämlich eine baktertenfeindliche. Abgesehen von Kochsalz stellen die beiden letzteren Salze, das doppeltkohlensaure

Digitized by Google

und das schwefelsaure Natron, Endprodukte des Assimilationsprozesses des lebendigen Gewebes dar. Die Kohlensäure bildet sich bei den Verbrennungsprozessen im Organismus, und die Schwefelsäure ist ein Produkt der Eiweißverdauung. Beide Säuren benutzen zum Teil das Natrium, mit dem sie Verbindungen eingehen, um den Körper zu verlassen. Da die Kohlensäure als allgemeinstes Stoffwechselprodukt sowohl des lebenden Gewebes im menschlichen Organismus als auch der lebenden Bakterien sich bildet, so scheint von den beiden erwähnten Salzen das doppeltkohlensaure Natron für die hier in Betracht kommenden Vorgänge das wichtigere zu sein.

Durch Anwendung der Augenbäder mit Lösungen von künstlichem Emser Salz bei einer infektiösen Bindehautentzündung oder infektiösen Hornhautgeschwüren werden nun sowohl Bakterien als auch das seiner schützenden Epitheldecke beraubte lebende Gewebe in die Salzlösung eingehüllt. Beide werden nach dem Gesetze der Endosmose Salze aufnehmen und Flüssigkeit abgeben, weil die Lösungen der Badeflüssigkeit stärkere Salzlösungen darstellen als die Flüssigkeiten des lebenden Körpergewebes und der Bakterien. Dabei ist das Erstere mit dem stets frisches Stoffwechselmaterial herzuführenden Blutstrom in Verbindung, es wird deshalb die Flüssigkeitsabgabe und die Salzaufnahme nicht allzu sehr empfinden, zumal diese Salze im Gegensatz zu den sonst gebräuchlichen Augenwässern mit ihrem Gehalt an Säuren und Metallzalzen in den Körpersäften an sich schon enthalten sind. Dahingegen sind die Bakterien nicht mit dem zuführenden Blutstrome in Verbindung, sie befinden sich entweder frei im Bindehautsacke oder in den Lymphspalten, d. h. in dem die Stoffwechselprodukte abführenden Saftsystem. Die Bakterien werden durch die Einhüllung in die nicht assimilierbaren Salzlösungen und deren Aufnahme sowie durch Flüssigkeitsabgabe in ihrer Entwicklung gehemmt werden, sodaß die Lösung von künstlichem Emser Salz als eine Art von Desinfectionsmittel anzusehen wäre.

H. möchte diese Salze überhaupt als eins der natürlichen Schutzmittel des Organismus ansehen.

Er hat nun hauptsächlich zur Heilung der nachfolgenden Angenkrankheiten die Bäder von $1^0/_0$igen Lösungen des künstlichen Emser Salzes mit günstigem Erfolge anwenden lassan: Zunächst gegen die Bindehautkatarrhe, welche sich gleichsam als Berufskrankheiten finden bei Landwirten, Militärs, Reisenden auf der Eisenbahn, Bureaubeamten, Heizern, Kohlenarbeitern, Steinbruchsarbeitern, Arbeitern der Holzindustrie, Weberei und Spinnerei, bei Gastwirten und

Digitized by Google

Kellnern, Hausfraueu in der Küche. Je heftiger die katarrhalischen Reizzustände sind, um so mehr kommt es darauf an, neben der Entfernung der Schädlichkeit ein nicht reizendes Augenwasser anzuwenden, und gerade bei den heftigsten Reizzuständen sind die Bäder von vorzüglicher Wirkung; durch sie wird auch am besten dem Entstehen von katarrhalischen Hornhautgeschwüren vorgebeugt. Sind letztere aber vorhanden, so bewähren sich die Bäder ebenfalls aufs beste. Auch die infektiöse Bindehautentzündung und infektiöse Hornhautgeschwüre heilen bei fleißigem Gebrauche der Augenbäder prompt ab. Ein Allheilmittel sind die Bäder freilich nicht. Ein Ulcus serpens, an dessen fortschreitenden Rand die Lösung nicht herankann, wird nach wie vor chirurgisch zu behandeln sein, aber nach der Spaltung und Galvanokaustik ist das Augenbad wieder angezeigt. Dasselbe ist auch zu empfehlen, um den Bindehautsack bei Leiden der abführenden Tränenwege von eitrigem Sekret zu säubern, auch bei Erkrankungen des Lidrandes. Ferner werden Hornhautdefekte bei den Bläschenerkrankungen der Hornhaut sowie nach oberflächlichen Verletzungen durch Anwendung der Augenbäder vor nachfolgender Infektion geschützt.

Kurzum, er glaubt, daß die Anwendung der Augenbäder mit Lösungen von künstlichem Emser Salz, die einfach und bequem ist und selbst von Kindern leicht erlernt wird, ein ausgezeichnetes und empfehlenswertes Verfahren bei der Behandlung der äußeren katarrhalischen und entzündlichen Augenkrankheiten sowie zur Verhütung dieser Zustände und zur Pflege der Augen darstellt.

Auf seine Veranlassung hin hat die Chemische Fabrik von Dr. Ernst Sandow (Hamburg 30) in einer geeigneten Verpackung eine Augenbadewanne zugleich mit einer Glastube, enthaltend 20 Tabletten von künstlichem Emser Salz à 1 g, und einer Glasflasche von 100 g mit eingeschliffenem Glasstpfen, die mit lauwarmem, abgekochtem Wasser zum Auflösen der Tabletten zu füllen ist, nebst Gebrauchsanweisung in den Verkehr gebracht Dies „Augenbad“ ist für 1,50 M. in Apotheken und Drogenhandlungen sowie direkt von der Fabrik zu erhalten.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Der Kaiserschnitt nach seinem heutigen Standpunkte. Von R. Olshausen. O. empfiehlt folgende Technik: Vor der Operation werden zwei Spritzen Ergotin

Digitized by Google

subkutan injiziert. 6—8 cm über der Symphyse beginnt der Längsschnitt durch die Bauchdecken und wird nach oben, so weit es notwendig, geführt. Dann wird die Gebärmutter vorgewälzt, der Sitz der Plazenta festgestellt und der Uterus unter Vermeidung der Plazenta vorne oder hinten sagittal eröffnet. Nach der Extraktion des Kindes wird die Plazenta gelöst und ist darauf zu achten, daß keine Eihäute über dem Os internum zurückgelassen werden. Durch 10 bis 12 Kopfnähte wird der Uterusmuskel geschlossen. Peritoneum und Uterusschleimhaut sind nicht mitzufassen Darüber wird eine fortlaufende uterine Peritonealnaht gesetzt, welche ein Drittel der Muskulatur mitgreift. Dann wird das Abdomen lege artis geschlossen. O. ist der Ansicht, daß der quere Fundalschnitt nach Fritsch keine wesentlichen Vorteile bietet. Wichtig ist es, die Plazentarstelle zu meiden, da man dadurch die Blutung beschränkt. Den Sitz der Plazenta nach Angabe Palms am Verhalten der Ligamenta rotunda zu erkennen, ist nach der Meinung O's. nicht sicher. Dagegen ist die Vorwölbung der Uteruswand an der Stelle des Plazentarsitzes sowie die von außen an der Uteruswand sichtbare Gefäßentwicklung, besonders ein mächtiges Venennetz, ein Merkmal für den Plazentarsitz. Nach den Erfahrungen O's. sind die Gefahren der Luftembolie und Infektion verhältnismäßig gering. Zum Nähen empfiehlt er Katgut, das eine Viertelstunde lang in alkoholischer Karbollösung bei 75 bis 80° C. gekocht wurde. Ein Aufgehen der Naht ist nicht zu befürchten, wenn fest genug geknotet wurde. Bei vorher nicht infizierten Frauen ist die Gefahr der Sectio caesarea heutzutage keine sehr große. Die Operation soll, wenn irgend möglich, bei der Kreißenden, nicht bei der Graviden, vorgenommen werden. Das kindliche Leben wird durch die Operation nicht gefährdet. Häufig kommt das Kind apnoisch, nicht asphyktisch zur Welt. In diesem Falle zeigt es eine rote, frische Hautfarbe, hat normal frequenten Puls und reagiert auf Reize. Wurde vorher Morphium verabreicht, so kommt das Kind auch in Morphiumnarkose zur Welt. Zumeist ist das enge Becken die häufigste Indikation zur Vornahme der Sectio caesarea. Von 80 Kaiserschnitten in den Jahren 1887—1902 wurden 62 wegen engen Beckens vorgenommen, 18 wegen anderer Anzeigen. Die Mordalität bei ersteren betrug 8%. Wo die Sectio caesarea mit der Wendung und nachfolgenden Extraktion oder der hohen Zange als Konkurrenzoperation in Frage gezogen wird, leistet der Kaiserschnitt mehr, besonders wenn er von vornherein beabsichtigt und alles darauf eingerichtet wurde. So kann die Symphyseotomie außerhalb geburtshilflicher Anstalten mit der Sectio caesarea nicht konkurrieren.

Digitized by Google

O. ist nicht in der Lage, feststehende Normen bezüglich der Grenze der Conjungata vera anzugeben, da sich die Größe der Frucht und die Stärke der zu erwartenden Wehen im vorhinein nicht abschätzen lassen können. Als Indikation der anderen 18 Fälle von Sectio caesarea ist Carcinoma uteri, Eklamsie, Myoma uterie, Nephritis, Stenosis vaginae, Vitium cordis, Vagino fixatio uteri zu nennen. — (Deutsche Klinik.)

Ueber Konzeptionsverhütung. Von Dr. A. Czempin-Berlin (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 18/05): Die operative Sterilisierung tritt natürlich in allen Fällen ein, wo aus anderen Gründen der Uterus oder die Ovarien oder Ovarien und Uterus zugleich entfernt worden sind. Selbstverständlich wird man eine derartige Operation ad hoc nicht ausführen. Die Exstirpation des Uterus ist ein schwerer Eingriff, die Entfernung beider Ovarien hat, abgesehen von den Gefahren des operativen Eingriffes die schweren Nachteile im Gefolge, welche man heute mit dem Gesamtbegriff der „Ausfallserscheinungen" bezeichnet. Nichtsdestoweniger ist die Frage der Konzeptionsverhütung von Wichtigkeit für jeden Operateur, der bei Gelegenheit einer schweren gynäkologischen Operation, z. B. einer Myomoperation, vor der Frage steht: Soll der Uterus, soll ein Ovarium, soll die Tuba erhalten bleiben? Hier wird die Entscheidung, ob radikale Operation, ob konservatives Operationsverfahren zu wählen ist, nicht selten von der Frage der ferneren Konzeptionsmöglichkeit oder Konzeptionsverhütung getroffen werden müssen. Hier ist die vorherige exakte Besprechung mit der Patientin und dem Ehemann erforderlich, um die Grenzen des erlaubten ärztlichen Eingriffs festzustellen.

Operationen, welche lediglich zum Zwecke der Konzeptionsverhütung ausgeführt werden, dürfen eine Lebensgefahr nicht mit sich bringen, ihre Gefahrenchance darf die eines kleineren gynäkologischen Eingriffes nicht übersteigen. — Die Operation der Tubenresektion basiert auf der Erwägung, daß die Ausschaltung des Tubenweges die übrigen Organe und deren Funktion, den Uterus und die Ovarien und damit die Ovulation und Menstruation intakt läßt, die Möglichkeit der Befruchtung aber verhindert, indem der Eintritt des Sperma in die Tube zum Ei und des Eies in den Uterus unmöglich wird Mit dem Aufschwung der vaginalen Operationsmethode, der leichten Zugänglichkeit der Tuben nach Colpotomia anterior bei Mehrgebärenden wurden deshalb Eingriffe an den Tuben zwecks Konzeptionsverhütung häufig vorgenommen. Bald zeigte sich die Unzulänglichkeit der einzelnen Methoden. Zunächst begnügte man sich mit der Unterbindung der Tube an einem Punkte ihres Verlaufes

Digitized by Google

mit einem Seidenfaden. Sichere Beobachtungen stellten bald fest, daß die so unterbundenen Tuben bald wieder durchgängig werden. Der nächste Schritt war die Resektion eines Stückes der Tube in ihrem mittleren Teil. Auch hierbei wurde bald die Erfahrung gemacht, daß die durch die Operation gebildeten Tubenstümpfe sich wieder zusammenfanden, daß die Tube wieder wegsam wurde und daß der Zweck der Operation vereitelt war. Man ging logisch einen Schritt weiter und empfahl die Exzision der Tube aus der Uterussubstanz, dem Uterushorn, und die Vernähung der Uteruswunde — andere Operateure exstirpierten der Sicherheit wegen die Tube vollständig.

Mit diesen Eingriffen ist zwar der Erfolg des Eingriffes hinsichtlich der Konzeptionsverhütung gewährleistet, aber die Gefahrenchance des Eingriffes selbst wesentlich gesteigert.

Cz. hat, obwohl die Frage der operativen Konzeptionsverhütung vielfach an ihn herangetreten ist, nur selten operative Maßnahmen für berechtigt gehalten und hat in Rücksicht auf so häufig eintretende Aenderungen in den Lebensbedingungen anempfohlen, von konzeptionsverhütenden Mitteln Gebrauch zu machen. Immerhin bleiben noch Fälle übrig, wo eine operative Beseitigung angezeigt wird. In allen diesen Fällen hat Verfasser die absolute Konzeptionsverhütung auf einem anderen, wesentlich einfacheren Wege erzielt, durch die Verödung der Schleimhaut des Uterus vermittels der Vaporisation.

Läßt man unter den üblichen Sicherheitsmaßnahmen den auf 100° Celsius erhitzten Dampf eines kleinen Harddampfkessels mit Hilfe eines Fritsch-Bozemannschen Katheters in die Uterushöhle einströmen, deren Schleimhaut vorher mit der Kurette abgeschabt worden ist, und hier während drei Minuten auf die Wundfläche des Corpus uteri wirken, so tritt eine tiefe Verbrühung ein, welche die Regeneration der Schleimhaut ungünstig beeinflußt. Die neue Schleimhaut ist niedrig, ihre Drüsen sind bis auf geringe Reste verschwunden, ihre Gefäße klein und spärlich. Zuweilen bleiben kleinere Schleimhautinseln stehen, welche eine mehr oder weniger unregelmäßige Menstruation gestatten, in den allermeisten Fällen ist die Menstruation verschwunden.

Die Vorsichtsmaßregeln dieses ungefährlichen und in denjenigen Fällen, wo die die Konzeptionsverhütung bedingende Krankheit, ein Herzfehler, Nierenentzündung usw. die Anwendung der Narkose verbieten, auch ohne Narkose leicht auszuführenden Eingriffes sind neben der, wie stets, erforderlichen Antisepsis erstens voraufgeschickte Dilatation der Cervix auf ca. 9—10 mm mittels Hegarscher Stifte, zweitens Umgebung des im Cervikalkanal liegenden Teiles des Rohres

Digitized by Google

mit einem Gummischlauch oder Kork, beides Erfordernisse, um die Verbrühung der Cervix und Portio zu vermeiden. Drittens Anwendung eines röhrenförmigen ca. 5 cm langen Holzspekulums, in dessen Höhlung die Portio gezogen wird, während alle freiliegenden Scheidenpartien im Spekulum mit nassen Tupfern austamponiert werden und außerhalb des Spekulums die Vulva, Oberschenkel und Nates mit einem nassen Handtuch gegen Verbrühung geschützt werden. Von der vierten Woche ab empfiehlt es sich, die Uterushöhle einige Male zu sondieren, um Verklebungen in der Gegend des inneren Muttermundes vorzubeugen.

Die Operation hat nur dann eine Wirkung, wenn der Dampf volle drei Minuten ungehindert eindringt. Cz. hat, um die Menstruation zu erhalten, kürzere Dampfeinwirkungen versucht, aber damit keine Verödung der Schleimhaut erzielt, so daß Schwangerschaft wieder möglich wurde.

Das Aufhören der Menstruation, das in den allermeisten Fällen eintrat, hat eine schädigende Wirkung nie gehabt. Es fehlen alle Ausfallserscheinungen, was ja auch selbstverständlich ist, da die Ovulation, die Tätigkeit der Ovarien und damit ihre sogenannte innere Sekretion erhalten bleibt.

Ganz anders verhält es sich in denjenigen Fällen, in welchen eine strenge Indikation zur absoluten Konzeptionsverhütung und zur Sterilisierung nicht vorliegt. Hier kann es sich lediglich darum handeln, die Konzeption vorübergehend zu verhüten. Von allen bekannteren Mitteln kommen drei in Frage: die Präservativs, die Mensinga-Pessare und die chemisch wirkenden Mittel, die mit Kakaobutter zusammengeschmolzen in der Scheide frei werden und auf den Samen schädigend wirken sollen. Letztere Mittel sind durchweg unsicher. Die Präservativs sind relativ am sichersten, kommen trotzdem seltener zur Anwendung, da durch sie zugestandenerweise häufig die Potenz vermindert wird. So bleiben als gutes Mittel die Mensinga Pessare übrig. Ihre Einbringung geschieht meistens seitens der Hebammen, welche das Instrument oft 4 Wochen liegen lassen. Das ist mit Entschiedenheit zu widerraten, da der Weichgummi sich bald zersetzt und übelriechende Katarrhe hervorruft. Ist eine Konzeptionsverhütung begründet, so muß die Ehefrau es lernen, sich das Instrument zu seinem Zwecke jedesmal selbst einzubringen. Hat der Arzt die Ueberzeugung, daß der Wunsch einer Konzeptionsverhütung derart begründet ist, daß er sich mit der Sache befassen darf, so soll er sich auch nicht scheuen, der Patientin die Einlegung zu zeigen, es ein oder mehrere Male einzulegen und sich noch ein oder das andere Mal zu überzeugen, daß die Patientin, nachdem sie es sich zu Hause entfernt, es auch

Digitized by Google

wieder richtig eingelegt hat. Das Mensinga-Pessar hat einen federnden Bügel, der vorsichtig zusammengepreßt wird, damit er nicht bricht, und in das hintere Scheidengewölbe hineingeführt wird. Ist dies geschehen, so hat das Pessar seinen richtigen Platz. Der vordere Bügel legt sich dann ganz von selbst gegen das untere Drittel der vorderen Scheidewand und die Kuppe des Pessars verschließt die Portio. Die gewöhnliche Größe ist 65 mm. Die Herausnahme des Pessars braucht nicht unmittelbar post coitum zu erfolgen. Es genügt, wenn dasselbe mehrere Stunden später zu bequemer Zeit entfernt wird, wobei vor dem Herausnehmen und nach dem Herausnehmen eine Scheidenausspülung von je ½ Liter lauwarmen Wassers, dem zirka 100 g gewöhnlicher Küchenessig pro Liter zugesetzt worden sind, vorgenommen ist.

Ueber Nephritis im Kindesalter. Die widerspruchvollsten Angaben finden sich über die Verbreitung Prognose und Therapie der Nephritis im Kindesalter in der Literatur. Darauf macht Weigert in einer sehr interessanten Studie über die kindliche Nierenentzündung aufmerksam (Monatsschr. f. Kinderh. 1905 Bd. 4 Nr. 4). Während die einen Autoren die chronische Nephritis für selten halten, bezeichnen die anderen sie als „erschreckend häufig". Noch widersprechender sind die Angaben über die Beeinflussung der Eiweißausscheidung im Urin durch die Ernährung. Einzelne Aerzte perhorreszieren das Fleisch ganz, andere nur das weiße, andere gestatten beides. Für gefährlich gilt allgemein für den Nephritiker jedes Gewürz, besonders jedes scharfe Gewürz. W. fand, daß die Eiweißausscheidung der Nephritiker sich am ungünstigsten bei vorwiegender Fleischkost verhält, am günstigsten bei rein vegetabilischer Diät. Nach Fleisch bewirkte die höchsten Grade der Albuminurie die Milch, dann folgten in aufsteigender Linie gemischte Kost und Eier. Der Zusatz von Gewürzen zur Nahrung hatte anscheinend keinen ungünstigen Einfluß auf den Verlauf von Nierenerkrankungen. In dieser Beziehung ist besonders eine Beobachtung sehr interessant, in der eine mit Oedemen und Urämie einhergehende schwerste Scharlachnephritis in kurzer Zeit zur völligen Ausheilung kam, obwohl der Knabe auf der Höhe der Erkrankung durch Wochen täglich sein Lieblingsgericht, Rührkartoffeln mit Mostrichsauce, zum Mittagessen bekam. W. bestätigte den prompten Effekt der Kochsalzbeschränkung bei hochgradig hydropischen und ödematösen Kindern. Mit der Promptheit eines Experimentes konnte er durch Salzzusätze zur Nahrung rapide Zunahme des Oedems bewirken. Mit einer

Digitized by Google

kochsalzarmen Nahrung kann, so schließt er, ohne jedes andere Hilfsmittel, eine gänzliche Ausscheidung des retinierten Chlornatriums und Wassers erreicht werden. Diese Beobachtung verdient um so mehr Interesse, als sich neuerdings einzelne Stimmen gegen die Bedeutung des Kochsalzes erhoben haben. Nicht in demselben Maße wie das Verschwinden der Oedeme, sondern anscheinend sekundär, infolge der durch die Entwässerung und Besserung der Zirkulationsverhältnisse bedingten Hebung des Allgemeinzustandes stellt sich die Verminderung des Eiweißverlustes im Urin ein. Trotz der durch die kochsalzarme Diät erzielten Steigerung der Chlor- und Stickstoffausscheidung konnte in einem Falle eine Urämie nicht verhindert werden — die Anschauung, daß die Urämie durch die Retention stickstoffhaltiger Substanzen ausgelöst wird, ist demnach einer Revision bedürftig. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild.)

Verschiedenes.

Dr. Ignaz Rauchmann, Frauenarzt, berichtet in No. 19 der „Medicinischen Woche" (1905) ausführlich über einen schweren Fall von Cholelithiasis bei einer 38 Jahre alten Schwangeren, der durch Natr. oleinicum (Eunatrol) geheilt wurde. R. begann seine Therapie mit Auswaschung des Magens, andauernd appliciorten warmen Klystieren von Sesam- oder Olivenöl und verordnete nebenbei zur Auflösung des Steines das Eunatrol in folgender Form:

Rp. Natrii oleinici 25,00
Glycerini
Terrae siliceae quant. sat s. ut. f. pil. No. 100.

Die ersten Wahrnehmungen waren wenig versprechende. Es stellten sich dyspeptische Störungen, Aufstoßen, Uebelkeit ein. Während der Uebelkeit durch Verabreichung von Acidum muriatic. begegnet wurde und die Appetitlosigkeit und Verdauungsstörungen durch Tinctura amara mit Tinctura cort. aurant. in part. aequal., stündlich 10 bis 15 Tropfen, gehoben wurde, setzte R. das Eunatrol nicht aus. Die ersten günstigen Anzeichen stellten sich in etwa 14 Tagen ein, indem die Schmerzattacken und Convulsionen an Intensität nachließen und mit jedem Oelklysma beträchtliche Mengen von Griesstein mit den Excrementen herausbefördert wurden. In etwa 6 Wochen war die Pat. geheilt. In drei anderen Fällen verwendete R. das Eunatrol, das er als ein bisher unübertroffenes Mittel für die Steinlösung bezeichnet, mit ebenso gutem Erfolge.

Redakteur: Sanitätsrat Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro. 11. XLV. Jahrgang November 1905.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Ueber Tropenkrankheiten. Behandlung der Schlaflosigkeit bei Neurasthenie. Zur Beförderung der Diurese. — Eine neue Bereicherung der Localanästhesie. Die erste Hilfe bei Verletzungen der Augen. Ueber die chirurgische Behandlung der eitrigen Peritonitis. — Ueber operative und nicht operative Behandlung entzündlicher, insbesondere eitriger Adnexerkrankungen. Untersuchungen über Anomalien der Placentarstruktur hypoplastischer Uteri und deren Folgen. — Schädlichkeit des Purgens.

II. Medicin.

Ueber Tropenkrankheiten. Von Dr. Neumann (Hamburg). Verhandlungen der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Meran. Man kann dieselben in 3 Gruppen teilen: 1. die direkt durch das Klima verursachten Krankheiten, wie Sonnenstich, Hitzschlag, nervöse Erkrankungen usw.; 2. die tropischen Infektionskrankheiten; 3. Krankheiten von unbekannter Aetiologie, von denen man zum Teil noch nicht weiß, ob das klinische Bild, das sie bieten und das man mit einem Krankheitsnamen bezeichnet, tatsächlich immer eine und dieselbe Krankheit darstellt. Dazu gehören u. a. die Beri-Berikrankheit, über welche eine Anzahl verschiedener, zum Teil mit einander ganz unvereinbarer Theorien besteht, die aber alle wohl begründet erscheinen. Man muß sich diesen Umstand so erklären, daß wir in der Beri-Beri nicht eine einheitliche Krankheit, sondern einen Symptomenkomplex haben, dem verschiedene Ursachen zugrunde liegen können. Aehnliches sehen wir ja auch bei manchen unserer einheimischen Krankheiten, z. B. der perniziösen Anämie.

Die zur Zeit am besten gekannten Tropenkrankheiten sind die tropischen Infektionskrankheiten, von denen an erster Stelle die Malaria zu erwähnen ist. Freilich bestehen in der Erkenntnis dieser Krankheit auch noch mancherlei Lücken, aber die Grundlagen über das Wesen der Malaria, die wir den Untersuchungen Laveran's, Roß's, Grassis usw. zu verdanken haben, stehen unerschütterlich fest. Um den

Digitized by Google

weiteren Ausbau unserer Kenntnisse über die Malaria hat sich namentlich Schaudinn verdient gemacht, insbesondere durch seine Entdeckung der Latenzformen der Malariaparasiten und die Feststellung der Art wie diese Latenzformen sich wieder zu vermehren anfangen und Rezidive der Krankheit hervorrufen. Trotz der Klarstellung der Aetiologie der Malaria hat sich ihre Bekämpfung schwieriger gestaltet, als man ursprünglich annahm. Doch hat man schon in den Tropen ganz bemerkenswerte Erfolge erzielt, namentlich haben die Todesfälle an Malaria bei Europäern ganz bedeutend abgenommen.

Die Pathogenese der wichtigsten Komplikation der Malaria, des Schwarzwasserfiebers, hat in den letzten Jahren keine weitere Aufklärung gefunden, nur so viel steht fest, daß die einzelnen Anfälle von Hämolyse bei dieser Krankheit in fast allen Fällen durch medikamentöse Einwirkungen, meist durch Chinin, manchmal auch durch andere Mittel, z. B. Methylenblau ausgelöst werden und daß die Disposition dazu sich immer auf dem Boden einer Malariainfektion entwickelt.

Die Kenntnis von dem Generations- und Wirtswechsel der Malariaprotozoen hat uns den Schlüssel zu dem Verständnis der Aetiologie einer Anzahl anderer wichtiger tropischer Tier- und Menschenkrankheiten geliefert. Wir verstehen es jetzt, warum gerade die protozoischen Blutinfektionen das Charakteristische in dem Gesamtbilde der Tropenkrankheiten ausmachen. Die Erzeuger dieser Krankheiten bedürfen zu ihrer Uebertragung auf gesunde Menschen und Tiere einer komplizierten Entwicklung in blutsaugenden Insekten, die gerade in den Tropen in aller Mannigfaltigkeit vorkommen. Unter dem Einfluß der erhöhten Temperatur und Feuchtigkeit, finden die Parasiten in diesen Insekten besonders günstige Entwickelungsbedingungen.

Als weitere wichtige Tropenkrankheit ist die Trypanosomenkrankheit anzusehen. In den Gegenden ihres endemischen Vorkommens sind 60—75 pCt. der Einwohner von ihr infiziert gefunden worden. Sie verläuft meist immer sehr chronisch und macht oft nur geringe Erscheinungen. Wo sie virulenter auftritt, äußert sie sich in so unregelmäßigen Fieberanfällen, die manchmal verschwinden können, öfter aber allmählich zum Tode führen. Einen Fall von Trypanosomenfieber hat Vortragender bei einem Europäer beobachtet. Der Kranke ist jetzt wieder in Afrika und trägt nunmehr nahezu 4 Jahre seine Trypanosomen mit sich herum.

In einigem Zusammenhange mit der Trypanosomenkrankheit steht die Schlafkrankheit, die zur Zeit im tropischen Afrika weite Gebiete verheert und auch Europäer ergriffen hat. Auch einen solchen Fall hat Vortragender zu beob-

Digitized by Google

achten Gelegenheit gehabt, der, wie alle Fälle von Schlafkrankheit, tötlich endete. Die Trypanosomen, die man bei dieser Krankheit in der Cerebrospinalflüssigkeit findet, sind von den Erregern des Trypanosomenfiebers nicht zu unterscheiden. Bei allen an Schlafkrankheit Verstorbenen findet man außer der Trypanosomeninfektion eine chronische Kokkenmeningitis, ähnlich jener bei skrofulösen Kindern. Es ist dringend erwünscht, daß diese Verhältnisse weiter erforscht werden.

Die Kenntnis dieser rätselhaften Erkrankung verdanken wir hauptsächlich den Engländern, die sich auch um die Frforschung der in Asien auftretenden Splenomegalie, die man bisher nur als eine bösartige Form der Malaria gehalten hat, große Verdienste erworben haben. Die Krankheit ist besonders in Indien verbreitet doch hat man sie auch in anderen Gegenden Asiens gefunden, so z. B. sah Marchand sie bei einem aus Ostasien zurückgekehrten deutschen Soldaten. Vielleicht beruhen auch manche Fälle von Bantischer Krankheit auf einer solchen Infektion.

Vielleicht ist das gelbe Fieber auch eine protozoische Bluterkrankung, doch ist es zurzeit noch nicht gelungen, die Erreger derselben zu entdecken. Ihre Uebertragung auf Mücken und der Umstand, daß die damit infizierten Mücken erst nach einer gewissen Zeit, nach mindestens 12 Tagen, die Krankheit wieder auf Menschen übertragen können, machen ihre Protozoennatur sehr wahrscheinlich, zumal auch Schaudinn nachgewiesen hat, daß es Protozoen gibt, die sich durch fortwährende Teilung schließlich so weit verkleinern, daß die einzelnen Individuen hart an der Grenze der mikroskopischen Sichtbarkeit stehen. Interessant ist die jüngste Entdeckung von Marchand, daß die Gelbfiebererreger sich auf die nächste Mückengeneration vererben. Wenn man früher jede fieberhafte Erkrankung in den Tropen als Malaria ansah, so wissen wir jetzt, daß die Ursachen des Fiebers mannigfaltig sein können. Auch unsere fieberhaften Erkrankungen kommen in den Tropen vor und geben zu Verwechselungen Anlaß, so z. B. Typhus und Malaria. Charakteristisch für die meisten protozoischen Blutinfektionen scheint eine Vermehrung der großen mononucleären Leukozyten zu sein, ja man schreibt ihr direkt eine große diagnostische Bedeutung zu, namentlich dort, wo man, wie nicht selten, die Parasiten selbst nicht findet.

Eine angeborene Immunität der Eingeborenen gibt es nicht, und wo sie scheinbar beobachtet wird, dort handelt es sich um eine erworbene. Die Leute waren schon als Kinder erkrankt und genasen im Laufe der Jahre und wurden immun. Man kann zwei Arten von erworbener Immunität unterscheiden. Bei manchen Tropenkrankheiten,

Digitized by Google

wie z. B. beim Rückfallfieber, beim gelben Fieber, bei der Pferdesterbe in Süd-Afrika usw. verschwinden mit der Genesung und der Ausbildung der Immunität die Krankheitserreger aus dem ergriffenen Organismus und die Individuen sind dann ungefährlich für ihre Umgebung. Bei anderen protozoischen Krankheiten aber bleiben die Parasiten noch jahrelang nach der Genesung im Körper und wir haben dann das komplizierte Verhältnis, daß die Genesenen zwar selbst immun sind, daß ihr Blut aber weiter Parasiten enthält und deshalb zu Neuinfektionen Gesunder Veranlassung geben kann. Diese Verhältnisse erschweren auch die Bestrebungen zur künstlichen Immunisierung gegen diese Tropenkrankheiten. Man kann z. B. durch wiederholte Infektion mit Trypanosomen und anderen protozoischen Blutparasiten Tiere immunisieren, doch schafft man sich dadurch neue Parasitenträger. Man kann aber doch vielleicht durch regelrechte Durchimpfung wirtschaftlich brauchbare Ergebnisse erzielen. Die Bestrebungen für die passive Immunisierung gegen diese Krankheiten, also durch Schutzstoffe unter Ausschluß der Parasitenwirkung auf den zu immunisierenden Körper, befinden sich noch in den ersten Anfängen. Auch in Bezug auf die Therapie befinden wir uns, mit Ausnahme der einzig dastehenden Wirkung des Chinins auf die Malaria, noch in den ersten Anfängen.

Behandlung der Schlaflosigkeit bei Neurasthenie. Von Dr. Otto Dornblüth.*) Die Schlaflosigkeit und der dazugehörige unterbrochene, unruhige oder durch viele Träume gestörte Schlaf sind für den Kranken so wichtige Erscheinungen, daß sie eine besondere Besprechung verdienen.

In jedem Falle muß eine gründliche Regelung des ganzen Tagesplanes erfolgen. Wer unregelmäßig aufsteht, nicht genug oder auch sich zu viel Bewegung macht, unvernünftig mit kaltem Wasser wirtschaftet, nach dem Nachtessen körperlich oder geistig angestrengt ist oder sich zweckwidrig ernährt, kann keinen gesunden Schlaf verlangen. Die Allgemeinbehandlung kann also auch hier nicht entbehrt werden. Gutes Bett, dunkles, ruhiges Zimmer sind weitere Bedingungen. Spät zu Bett gehen, in der Absicht, müder zu werden, ist ganz verfehlt, im Gegenteil wird die für den Schlaf nötige Ruhe am besten dadurch herbeigeführt, daß der Kranke sich frühzeitig legt, nicht um gleich einzuschlafen, sondern um allmählich die Ruhe zu finden, die dann den Schlaf bringt. Wenn Gedanken den Schlaf fernhalten, ist es zuweilen richtig, sie durch leichte Lektüre zu verscheuchen.

*) Aus des Verfassers „Moderne Therapie", die demnächst im Verlage von Veit & Comp, in Leipzig erscheint.

Digitized by Google

Man kann auch versuchen, dasselbe zu erreichen, indem man langsam zählt oder besser sich die Zahlen der Reihe nach geschrieben vorstellt. Ein laues Bad, 33—34° C, eine viertel oder halbe Stunde lang, in hartnäckigen Fällen auf 1—2 Stunden ausgedehnt, oder eine nasse Packung wirken schlafbefördernd. Ein anderes Mittel ist der Prießnitzsche Umschlag um den Leib. Manchen hilft es noch besser, wenn sie ein Paar in kaltes Wasser getauchte und leicht ausgerungene Baumwollstrümpfe und darüber ein Paar trockne Wollstrümpfe anziehen und die Nacht hindurch anbehalten.

Das Nachtessen darf nicht zu reichlich sein, aber auch nicht zu spärlich. Dann entsteht nämlich eine besondere Form der Schlafstörung: der Kranke schläft gut ein, erwacht aber schon nach 2—3 Stunden und kann nicht wieder einschlafen. Diese Störung wird oft beseitigt, wenn man ein reichlicheres Abendessen gibt oder kurz vor dem Einschlafen noch ein $^1/_4$ Liter Milch oder dergleichen nehmen läßt.

Viele Neurastheniker schlafen trotz dieser Verordnungen nicht, teils weil ihre Unruhe zu groß ist, teils weil sie unter der Ueberzeugung stehen, daß sie nicht schlafen können. In beiden Fällen wird am meisten durch die vorhin beschriebene Allgemeinbehandlung mit gleichzeitiger Codeinkur genützt. Um aber nicht erst Wochen auf deren Wirkung warten zu müssen und währenddessen die ungünstige Wirkung des mangelhaften Schlafes in den Kauf zu nehmen, gibt man in solchen Fällen zweckmäßig anfangs chemische Schlafmittel. Auch hier empfiehlt es sich, mit den harmlosesten Mitteln zu beginnen. Das sind eben Baldriantee und Baldriantropfen, 20—30 in einem Teelöffel voll Wasser oder auf einem Stück Zucker, oder Bornyval, 1—3 Kapseln, oder Valyl. 2—3 Kapseln, vor allem die Antineuralgika, und besonders Pyramidon 0,5, Salipyrin 1,0, Laktophenin 1,0, die oft ganz vortrefflich wirken und sich deshalb auch zu gelegentlichem Gebrauche empfehlen. Als gutes Beruhigungsmittel ist dann das Bromnatrium, 0,5—1,0—3,0 in Wasser gelöst, zu empfehlen. Dann folgen die eigentlichen Hypnotika: Veronal, 0,25 bis 0,5 in Tabletten, Originalglas zu 10 Stück 0,5, mit angedeuteter Teilung in Stücke zu 0,25; Trional 0.5—1,5, ebenfalls in Tabletten; Sulfonal in denselben Dosen, erst nach 1—2 Stunden wirkend, dafür aber länger anhaltende Wirkung: Hypnal 1,0—1,5 in Kapseln oder in Wasser verrührt; Dormiolum solutum 2,0—2,5—6,0 in reichlich Wasser verrührt. Durch diese Mittel sind die älteren Hypnotika, wie Doversches Pulver, Chloralhydrat, Paraldehyd u. s. w. wenigstens für die neurologische und interne Praxis so gut wie verdrängt worden. Morphium als Schlafmittel anzuwenden ist geradezu ein Kunstfehler.

Digitized by Google

Als Regel gilt, nicht lange hintereinander Schlafmittel und besonders nicht ein und dasselbe Mittel zu geben. Wenn man durch eine vernünftige Allgemeinbehandlung für die Beseitigung des Grundübels sorgt, braucht man damit nicht so ängstlich zu sein, namentlich in frischeren Fällen, dagegen ist es Pfuscherei, gegen die Krankheit nichts zu tun und nur hier und da ein Schlafmittel zu erlauben. Falsch ist es auch, zu geringe Dosen zu geben, weil damit kein ordentlicher Schlaf erzielt, aber der nächste Morgen verdorben wird.

Im übrigen bietet die Schlaflosigkeit ein dankbares Feld für eine gute Psychotherapie. Von manchen Autoren, namentlich von den nicht psychiatrisch gebildeten Neurologen, wird diese für die Behandlung der Neurasthenie überhaupt sehr in den Vordergrund gestellt; sie wollen die Krankheit mit Logik und Trost bekämpfen. D. hält das für einen bedauerlichen Rückschritt. Die Neurasthenie ist durchaus keine eingebildete, auch keine bloße Vorstellungskrankheit, vielmehr spricht alles dafür, daß dem „funktionellen" Leiden feine Störungen im Chemismus der Rindenzellen zugrunde liegen. Natürlich gelingt es, einsichtigen Kranken nicht zu schweren Grades die Ueberzeugung beizubringen, daß ihr Leiden nicht gefährlich ist und nicht auf organischen Veränderungen beruht, aber das ist doch keine Heilung. In Wirklichkeit suchen die so Geheilten immer bald einen anderen Arzt auf, der ihnen auf andere Art helfen soll. Darum ist natürlich die Psychotherapie bei der Behandlung der Neurastheniſchen nicht minder unentbehrlich, sie beruhigt den Kranken, hält ihn bei der rationellen Kur fest, erspart ihm in der ersten Zeit der Behandlung zahlreiche Stunden der Verzweiflung und gibt ihm die Geduld, alle Vorschriften genau einzuhalten, und sie ermöglicht vor allem, auf die symptomatische Bekämpfung aller Einzelerscheinungen des Leidens zu verzichten. Bei der Schlaflosigkeit bereitet sie der Wirkung aller vorgenannten Mittel einen vortrefflichen Boden, so daß man mit viel einfacheren Mitteln und viel kleineren Gaben ausreicht, als wenn man auf die psychische Beeinflussung verzichten wollte. Die Eigenart der Hauspraxis bringt es mit sich, daß die Psychotherapie oft nicht so wirksam vom Hausarzte ausgeübt werden kann wie von einem erst weiterhin befragten Spezialisten; es würden viele Zwistigkeiten zwischen Arzt und Patient wegfallen, wenn der Hausarzt geneigter wäre, das anzuerkennen, und daraufhin selbst den Anstoß zu einer Konsultation gäbe.

Die Autosuggestion des Nichtschlafenkönnens wird zuweilen am wirksamsten durch hypnotische Suggestion bekämpft. Das Verfahren ist bei einem damit vertrauten, psychologisch geschulten Arzte völlig unbedenklich, aber nicht zu Versuchen Unerfahrener geeignet.

Digitized by Google

Zur Beförderung der Diurese. Henri Lubbé und J. Cottet haben nachgewiesen, dass ungenügende Flüssigkeitszufuhr dem Körper Gefahren bringt. Die Wasserzufuhr soll beim Erwachsenen mindestens nicht unter 2 Liter per Tag (Wasser im Getränk und in der Nahrung zusammengerechnet) heruntergehen. Habituelle Oligurie, auch die durch zu wenig Trinken herbeigeführte, begünstigt den Niederschlag von Steinen in den Harnwegen, reizt die Nieren macht Albuminurie und kann zur Gicht führen. Die Absorption grösserer Getränkemengen ist sehr zu empfehlen, da sie die Elimination der Abfallprodukte und der dem Organismus schädlichen Substanzen begünstigt. Es genügt aber nicht allein in genügender Menge zu trinken; dies muß auch zu richtiger Zeit geschehen. Viele Menschen trinken nur während der Mahlzeit und dann so, daß sie dadurch in nachteiliger Weise den Verdauungssaft verdünnen, die Verdauung verzögern und den Magen ausdehnen. Diesen störenden Momenten auszuweichen hat man das trockene Regime erfunden, das aber andere Gefahren im Gefolge hat. Um einerseits den Störungen zu begegnen, welche von der Ausdehnung des Magens durch reichliche Getränke herrühren und denen, die die Folge der Oligurie durch unzureichende Getränke sind, genügt es ausserhalb der Mahlzeiten zu trinken. Selbst reichliche, ausserhalb der Mahlzeiten genommene Getränke erschweren nicht die sogenannten Schweninger'sche Kur bei Fettsucht; sie erweitern den Magen nicht und sind von grösster Wirkung.

Die Elimination der nüchtern eingeführten Flüssigkeiten durch den Urin geschieht viel rascher als die der mit Nahrungsmitteln gemischten Flüssigkeiten. In einer Reihe von Untersuchungen konnte Marcel Labbé (Press méd. 1905, 95; ref. in Dtsch. Med. Z. 1905, 79) konstatieren, dass die nüchtern eingenommenen Flüssigkeiten sehr rasch durch den Urin entfernt werden, während die Elimination der bei der Mahlzeit zugeführten Getränke nur später vor sich geht. Man glaubt gewöhnlich, dass die Mahlzeit zur Polyurie führe, das Gegenteil ist jedoch richtig: auf die Mahlzeit folgt in der Regel unmittelbar eine Oligurie; erst nach einigen Stunden erscheint die Polyurie.

Werden Frühstück und Diner um 12 Uhr mittags und um 7 Uhr eingenommen, so werden die reichlichsten Harnmengen etwa in der Regel zwischen 3 und 5 Uhr des Nachmittags, zwischen 10 Uhr abends und mitternacht andererseits entleert.

Bei einem Individuum, das man von zwei zu zwei Stunden während des ganzen Tages einer regelmässigen Getränkezufuhr unterworfen hat, beobachtet man stets

Digitized by Google

während der beiden dem Diner folgenden Stunden eine Verminderung des Urins.

Bei einem Individuum, das nur während seiner Mahlzeiten trinkt findet dieselbe Verminderung des Harns nach dem Frühstück und dem Diner statt, mit einem Maximum zwischen 3—4 Uhr nachmittags, zwischen 10—11 Uhr abends.

Besonders instruktiv sind die beiden Kurven. Aus der ersten Kurve ist folgendes ersichtlich: zwischen 8—12 Uhr vormittags hat die Person 310 ccm Flüssigkeit zu sich genommen und um 12 Uhr 200 ccm Urin entleert, bei dem Frühstück trank sie 960 ccm Wasser, zwei Stunden später, um 3 Uhr, entleerte sie nur 520 ccm; um 3 Uhr wurden 1050 ccm Wasser getrunken, um 5 Uhr 980 ccm Urin entleert; um 5 Uhr trinkt die Person 1050 ccm Wasser und entleert 1165 ccm Urin um 7 Uhr; um 7 Uhr werden bei dem Diner 960 ccm Wasser getrunken, jedoch um 9 Uhr nur 160 ccm Urin entleert.

Ebenso ergibt sich aus der zweiten Kurve, dass die Versuchsperson in jeder Periode von zwei Stunden — von den Mahlzeiten abgesehen — mehr Urin entleert, als sie Flüssigkeit eingenommen hat; dagegen hat sie in den beiden zweistündigen Perioden, die dem Frühstück und dem Diner folgen, weniger Urin gelassen, als Flüssigkeit eingeführt wurde.

Aus obigem ist ersichtlich, daß die Einführung von Nahrungsmitteln die Elimination der Getränke verzögert. Zur raschen Entfernung der Flüssigkeiten muß man nüchtern trinken lassen.

Dies lehrt auch die ärztliche Beobachtung, welche die gute Wirkung der Einfuhr eines großen Glases warmen Infuses morgens und abends zur Beförderung der Diurese kennt. Darum lassen auch die Badeärzte ihre Patienten das betreffende Mineralwasser während des Morgens nüchtern trinken; sie können auf diese Weise ihnen große Flüssigkeitsmengen zuführen und eine richtige Auswaschung der Gewebe und Organe erzielen.

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Eine neue Bereicherung der Lokalanästhesie. Sammelreferat von Dr. Sternberg, (ärztl. Rundschau.) In einer vorläufigen Mitteilung von E. Impens in Elberfeld (Dtsch. med. Wochschr. 29/05) ist eine Bereicherung der Lokalanästhesie geschildert und seither durch verschiedene Veröffentlichungen von spezialärztlicher Seite gestützt worden, so daß man mit Vertrauen der Neuheit, welche auch für den allgemeinen Praktiker von großem Wert ist, gegen-

Digitized by Google

übertreten kann. Die Lokalanästhesie hat gegenüber der allgemeinen Narkose den großen Vorzug, bestimmte, unwillkürlich abgegrenzte Gebiete unempfindlich zu machen, ohne den gesamten Organismus zu beeinflußen. Theoretisch sind bei dieser Anästhesierungsmethode die Gefahren auf ein Minimum reduziert, und mit ihrer Hilfe ist es möglich, Operationen an solchen Patienten, bei welchen aus irgend einem Grunde die Aether- oder Chloroformnarkose kontraindiziert ist, schmerzlos vorzunehmen. Unter den chemischen Mitteln, welche zur Erzeugung der Lokalanästhesie gebraucht werden, fand bisher das salzsaure Kokain bei weitem die größte Anwendung. Die besonders von Reclus sorgfältig ausgearbeitete Methode der subkutanen Kokainanästhesie hat sich mit der Zeit als ebenso gefährlich wie die Chloroformnarkose herausgestellt: wegen der hohen Konzentrationen, welche benötigt werden, findet zu leicht eine Resorption toxischer Mengen des Alkaloids statt, und die Literatur hat schon manchen Todesfall und sehr zahlreiche auf diese Weise entstandene Unfälle zu verzeichnen.

Diese subkutane Methode ist heutzutage fast vollständig verlassen, und sie wird nur noch von Zahnärzten zur Anästhesierung des Zahnfleisches benutzt. Um die Lokalanästhesie in eine praktische Bahn zu leiten, hat man sich bemüht, einerseits durch Abänderung des Applikationsmodus die Mengen des angewandten Kokains zu vermindern, anderseits ein weniger giftiges Ersatzmittel zu finden. Die neueren Methoden der Infiltrations- und der regionären Anästhesie haben die erstere dieser Aufgaben sehr befriedigend gelöst.

Die zweite Aufgabe bietet, obwohl die Substanzen, welche anästhesierende Eigenschaften besitzen, zahlreich sind, viel größere Schwierigkeiten. Von allen empfohlenen Ersatzmitteln bedeutet kein einziges einen ernsten Fortschritt gegenüber dem Kokain, welches trotz seiner Giftigkeit sich bis vor kurzem als das einzige praktisch brauchbare Lokalanästhetikum erwiesen hat. Das β-Eukain allein hat sich in gewissen speziellen Fällen bewährt und kann bei der regionären und der Infiltrationsanästhesie mit dem Kokain einigermaßen konkurrieren, ohne jedoch besondere Vorzüge zu zeigen.

Größeres Interesse hat das von dem französischen Chemiker Fourneau im vorigen Jahre entdeckte Stovain hervorgerufen, teils wegen der günstigen Eigenschaften dieses Anästhetikums, teils weil durch diese Erfindung die früheren chemischen Anschauungen, daß die anästhesierende Wirkung von der Gegenwart eines oder mehrerer verkuppelter Kohlenstoffringe abhängig ist, als irrig gestempelt sind. Das Stovain ist durch Billon und Pouchet an Tieren erprobt worden, und die Prüfung hat ergeben, daß es viel weniger

Digitized by Google

giftig ist als Kokain und eine starke Anästhesie erzeugt, ohne eine störende Mydriase hervorzurufen. Trotz seiner Vorzüge kann man am Stovain doch folgende Uebelstände bemängeln: 1. Seine Lösungen reagieren nicht neutral, sondern deutlich sauer. 2. Die Base selbst ist in Wasser schlecht löslich und wird durch schwache Alkalien aus ihren Salzlösungen gefällt. 3. Die anästhesierende Wirkung ist etwas geringer als diejenige des Kokains. 4. Bei Anwendung 2 proz. Lösungen ist eine, wenn auch unbedeutende Mydriase mit schwacher Akkommodationsstörung nachzuweisen.

Impens bemühte sich also eine Substanz aufzufinden, welche von den genannten Uebelständen frei wäre, ohne die guten Eigenschaften des Stovains einzubüßen. Das mit Dr. Fritz Hofmann hergestellte resp. geprüfte Ersatzmittel, das Alypin, ist das primäre salzsaure Salz des Benzoyltetramethyldiaminoaethyldimethylkarbinols. Es ist ein schön kristallisierter, nicht hygroskopischer Körper, welcher bei 169° schmilzt und im Wasser äußerst leicht löslich ist. Die Lösungen reagieren neutral und werden durch den Zusatz von mäßigen Natriumbikarbonatmengen nicht getrübt. Zum Zweck des Sterilisierens lassen sich die wässerigen Lösungen fünf bis zehn Minuten lang auf freier Flamme kochen, ohne Alteration und ohne Einbuße in der anästhesierenden Wirkung. Ein längeres Kochen ist nicht anzuraten. Im Autoklaven 20 Minuten unter einer halben Atmosphäre Ueberdruck erhitzt, werden sie eine Spur lackmussauer; durch Zusatz eines Tropfens Natriumbikarbonatlösung wird die neutrale Reaktion aber leicht wieder hergestellt, und das Präparat verliert nichts von seinem Wert. Die 2- und 4-prozentigen Lösungen können aber mit der Zeit schimmelig werden.

Das Alypin wird von den Schleimhäuten und von dem subkutanen Zellgewebe leicht aufgenommen; die hypodermatischem Wege ist die Resorption eine sehr prompte. Nie wurden nach Injektion 4—5proz Lösungen Entzündungen oder Nekrosen an der Applikationsstelle beobachtet, wie es nach Anwendung vieler Lokalanästhetika so häufig der Fall ist.

Die ausgezeichnete Resorbierbarkeit des Alypins begünstigt die Entfaltung seiner starken anästhesierenden Eigenschaften. Diese stehen denjenigen des Kokains in keiner Weise nach; im Gegenteil, die Alypinlösungen üben ihre Wirkung noch in Verdünnungen aus, bei welchen Kokain ganz ohne Effekt bleibt.

Die Vorzüge des Alypins als Lokalanästhetikum kommen besonders am Menschenauge zur Geltung. Nach längerer Applikation einer 0,025 proz. Alypinlösung beobachtet man

Digitized by Google

immer eine Abstumpfung der Hornhautempfindlichkeit; bei einer 0,05 proz. Konzentration wird der Kornealreflex ausgelöfcht; 1—2 proz. Kollyrien anästhesieren nach 60 — 75 Sek. die Kornea vollständig.

Kurz nach der Instillation einer 2proz. Alypinlösung stellt sich ein schnell vorübergehendes Gefühl des „Brennens" ein, welches weniger unangenehm erfcheint, als nach Einträufelung einer entsprechenden Kokainlösung. Nach 60—75 Sekunden hört das „Brennen" auf und die Kornea ist unempfindlich geworden. Das Berühren ihrer Fläche wird nicht gefühlt und erzeugt keinen Reflex. Einige Sekunden später ist die Sensibilität in den tieferen Schichten der Hornhaut ebenfalls verfchwunden, denn auch ein starker Druck mit einer stumpfen Spitze wird nicht mehr empfunden. Zur selben Zeit tritt eine Hyperämie der Bindehaut auf. Diese Rötung der Konjunktiva wird durch die vasodilatatorifchen Eigenfchaften des Alypins veranlaßt; sie läßt bald nach und mit dem Abklingen der Anästhesie nimmt das Auge wieder sein normales Aussehen an. Die Alypinanästhesie dauert wie diejenige mit Kokain 8—10 Minuten lang.

Das Alypin ist für die einzelnen Funktionen des Organismus viel weniger gefährlich als das Kokain. Dosen, welche noch keine zu starke Aufregung und keine Krämpfe erzeugen, verlangsamen ein wenig die Frequenz der Atmung und vertiefen die Atemzüge.

Das Alypin unterfcheidet sich besonders vom Kokaln durch seine Gefäßwirkung: es bewirkt sowohl bei lokaler Applikation als auch bei subkutaner Anwendung eine Gefäßerweiterung peripheren und zentralen Ursprungs. Die anderen Funktionen, wie die Temperaturregulierung, der Gaswechsel, die Harnsekretion werden von Alypin nur wenig beeinflußt.

Das Blut erleidet keine Modifikationen unter dem Einfluß des Alypins; hämolysierende Eigenfchaften besitzt es in einer Konzentration von 0,1 Proz. nicht. Eine fchwache lähmende Wirkung übt das neue Anästhetikum auf das Protoplasma aus: es hemmt in 2proz. Lösung vollständig die Gärung der Bierhefe. In 4proz. Konzentration auf einen Nervenstrang appliziert, hebt es die Rezeptivität des Nervs an der Applikationsstelle für Reize auf, verhindert aber nicht die Leitung des nervösen Impulses.

Die Ausfcheidung des Alypins gefchieht durch die Nieren; kurz nach Darreichung einer relativ kleinen Dosis kann man im Urin seine Base mit Hilfe der Jodjodkaliumreaktion nachweisen.

Ueber die klinifche Prüfung des Alypins berichtet Prof. Seifert in Würzburg (Dtfch. med. Wfchr. 34/05). Was die anästhesierende Wirkung des Alypins anlangt, so zeigen 25

Digitized by Google

Krankengeſchichten, daß im allgemeinen eine viermalige Applikation von 10 proz. Alypinlösung auf die Schleimhaut der Nase vollkommen genügt, um einfache Aetzungen mit Chromsäure ebenso ſchmerzlos zu gestalten, wie das nach der Kokainisierung der Fall ist. Auch galvanokaustiſche Aetzungen sind nach viermaliger Applikation von 10 proz. Alypinlösung nicht ſchmerzhafter, als nach entsprechender Kokainisierung.

In 40 Fällen von einfachen Nasenoperationen, die sich auf 14 ödematöse Fibrome (Schleimpolypen), 8 weiche Papillome der unteren Muſcheln, 6 polypoide Hyperplasien, 5 Tuberkulosen der Nasenſchleimhaut, 2 papillomatöse Hypertrophien des hinteren Muſchelendes, 3 einfache Hypertrophien des hinteren Muſchelendes, 1 Synechie zwiſchen unterer Muſchel und Septum und 1 Fall von Rhinitis hyperplastica oedematosa beziehen, war die anästhesierende Wirkung von vier- resp. dreimaligem Einlegen von mit 10 proz. Alypinlösung getränkten Wattetampons eine ebenso vollständige wie nach der Kokainisierung, auch in Fällen, in welchen eine besondere Empfindlichkeit oder Aengstlichkeit der Patienten bestand. Die momentanen Blutungen waren nicht stärker als nach Kokainanästhesie, eine stärkere Nachblutung fand niemals statt. Irgendwelche toxiſche Erſcheinungen auch nur der geringsten Art wurden nicht beobachtet.

Von besonderem Werte zeigte sich 10 Proz. Alypin in dem ſchwersten Falle von Kehlkopftuberkulose, den Verf. zu beobachten Gelegenheit hatte. Es handelte sich um einen 33jährigen Kaufmann, bei dem trotz sorgfältigster, konsequenter Behandlung die Tuberkulose so um sich gegriffen hatte, daß Epiglottis, aryepiglottiſche Falten, Larynxinneres ein großes tuberkulöses, unregelmäßiges Geſchwür mit vielen Buchten darstellten, in denen Sekret und Speiseteile sich festsetzten. Kokain, Eukain, Heroin, Anästhesin, Orthoform etc. brachten keine Erleichterung mehr, so daß Patient zu einem qualvollen Dasein verdammt war. Zur Tracheotomie oder Larynxfissur wollte sich Patient trotzdem nicht entſchließen. Dem Patienten wurde nun täglich eine halbe Stunde vor dem Mittagessen 2,5—3,0 g 10 proz. Alypin in den Kehlkopf eingespritzt, resp. der Kehlkopf damit bespült, und morgens und abends eine halbprozentige Alypinlösung inhaliert. Dadurch konnten die Beſchwerden so gemildert werden, daß Patient noch längere Zeit ein erträgliches Dasein hatte. (Solche Einzelbeobachtungen sind besonders für den praktiſchen Arzt von Interesse, denn in unheilbaren Fällen lindernd verfahren zu können, ist für ihn geradezu unſchätzbar. Man sollte also namentlich bei inoperalen Krebsen, die an Stellen liegen, wo leicht Reflexe ausgelöst

Digitized by Google

werden, sich dieses außerordentlich wirksamen Heilmittels erinnern. Ref.)

Die Prüfung des Alypins in der alltäglichen kleinen Chirurgie, und zwar im Diakonissenhause Salem in Bern, nahm Dr. E. Stotzer vor und berichtet (Deutsche Medizin. Wochenschrift 1905, No. 36):

Dauer der mehr oder weniger vollkommenen Anästhesie in Minuten.

	Kokain	β Eukain	Alypin
1 proz. Lösung	8 Minuten	6 Minuten	8 Minuten
2 proz. „	10 „	7 „	8 „
3 proz. „	12 „	10 „	10 „
4 proz. „	13 „	12 „	15 „
5 proz. „	14 „	13 „	15 „

Die Injektion von Kokain und Alypin war für die Versuchspersonen angenehmer als diejenige von β-Eukain, da letzteres intensives Brennen verursacht. Dieses hielt auch nach der Injektion stets noch eine Zeitlang an, oft drei bis vier Stunden. Beim Alypin hingegen war das Brennen nur selten zu beobachten und dann stets von kurzer Dauer. Die Anästhesie war durchweg eine gute. Die Lösung enthielt NaCl.

Zu operativen Zwecken hingegen bereitete er sich die Lösungen ausschließlich mit destilliertem Wasser, da diese wirksamer und dauerhafter sind als kochsalzhaltige, bei denen Umsetzungen zwischen dem Anästhetikum und dem Kochsalz eintreten können. Liegt das Anästhetikum wie beim Alypin in Form des salzsauren Salzes vor, so kommt diese Gefahr ohnehin in Wegfall.

St. hält die Verwendung von Alypin überall da für indiziert, wo wir das in Frage kommende Gewebe direkt mit der Alypinlösung imbibieren können, straffes ligamentöses Gewebe, Knorpel und Knochen kommen nicht in Betracht. Die Resorption des Alypins ist eine sehr prompte.

Durch seine geringe Reizwirkung beim Injizieren unterscheidet sich das Alypin vorteilhaft von dem β-Eukain, dem Anästhesin und den übrigen neueren Anästheticis. Das Alypin ist auch billiger wie Kokain.

Ueber die Verwendung in der Augenheilkunde berichtet Privatdozent Dr. v. Sicherer-München (Ophthalmologische Klinik 16/05). Die Anästhesie der Bindehaut entspricht mindestens der bei Anwendung einer 2 proz. Kokainlösung. Ein ganz besonderer Vorzug des Alypins ist das Ausbleiben einer Mydriasis, sowie das Fehlen einer Akkommodationsparese sowohl während als nach der Anästhesie. Eine Schädigung der Hornhaut, eine Trübung derselben durch Quellung der Epithelzellen, wie wir sie bisweilen bei Kokain finden, kam niemals vor. Als ein weiterer Vorteil gegenüber

Digitized by Google

Kokain und insbesondere Holokain fällt die viel geringere Giftigkeit wohl nicht unwesentlich in die Wagschale.

Das Alypin eignet sich z. B. sehr gut, um die Bindehaut vor Applikation schmerzhafter Medikamente unempfindlich zu machen. Nach 1—2 maligem Einträufeln wird die Anwendung des Alaunstifts nicht empfunden. Zur Herausnahme von Fremdkörpern aus der Kornea genügt 1—2 maliges Einträufeln einer 2 proz. Lösung, selten ist eine dritte Einträufelung notwendig, die dann aber vollkommen hinreicht, um die in der Tiefe oft sehr festsitzenden Rostteilchen ohne Schwierigkeit zu entfernen. Es wurden über 70 Fremdkörper aus der Kornea mit Alypinanästhesie entfernt und dabei niemals irgendwelche unangenehme Nebenerscheinungen beobachtet. Auffallend gut war die Anästhesie in einem Falle von Hornhauttätowierung bei einem ziemlich sensiblen 8jährigen Mädchen, so daß ohne Sperrelevateur und ohne Zuhilfenahme einer Fixationspinzette eine ziemlich ausgedehnte Tätowierung vollkommen schmerzlos ausgeführt werden konnte. Es war nur eine 3malige Einträufelung vorgenommen worden; eine 2 proz. Kokainlösung hatte sich in dem gleichen Fall einige Zeit vorher nicht so gut bewährt. Auch zur Eröffnung der Bulbuskapsel, zur Ausführung von Nachstardiszissionen, Eridektomien leistete die Alypinanästhesie vorzügliche Dienste.

Die erste Hilfe bei Verletzungen der Augen. Von M. Teich. Aus der Augenklinik der Universität Würzburg. (Medicinische Klinik, 1905, No. 26.) Von großem Vorteil für die Untersuchung und die nachfolgenden Manipulationen ist es, den Untersuchten von vornherein durch einige Tropfen einer sterilen 5 proc. Cocainlösung zugänglicher zu machen. Mit Rücksicht auf die ganz besondere Wichtigkeit, welche den perforierenden Bulbusverletzungen und deren sofortiger Feststellung zukommt, erinnert T. daran, daß man bei denselben anfänglich stets eine Herabsetzung der Tension, bei jenen der Cornea zumeist eine seichte oder aufgehobene Vorderkammer, bei solchen der Cornea und Sclera oft einen Vorfall der Iris, des Corpus ciliare oder des Glaskörpers, endlich auch Blutungen in den Glaskörper vorfindet.

Nach erfolgter Diagnosenstellung schreitet man zunächst zur Reinigung der Verletzungsstelle. Wird derselben eine Reinigung der Umgebung vorangeschickt, so ist zu verhüten, daß z. B. Aether-Alkohol oder starke Sublimatlösung in's Auge gelangen, da sie empfindlich brennen. Nach beendeter äußerer Reinigung reibt man mit einem gut ausgedrückten Sublimattupfer auch die Cilien und Lidränder ab. Hierauf werden mehrere Tropfen der sterilen Cocain-

Digitized by Google

lösung instiliert und man bedeckt das geschlossene Auge mit einem sterilen in 3 proc. Borsäurelösung getauchten Gazeläppchen.

Mit Daumen und Zeigefinger einer Hand wird nun die Lidspalte, ohne einen besonderen Druck auszuüben, erweitert und dabei gleichzeitig das Unterlid etwas vom Bulbus abgezogen. Mit der anderen Hand dirigiert man einen unter geringem Druck stehenden Irrigatorschlauch oder berieselt das freigelegte Operationsfeld aus einer Flasche mit lauwarmer Sublimatlösung (1 : 5000). Hierauf läßt man die Lidränder wieder frei, stülpt, indem man den Patienten anweist, bei geöffneter Lidspalte stark nach abwärts zu blicken, das Oberlid um, so daß seine Conjunctiva direkt nach vorne sieht, und fixiert dasselbe durch den Zeigefinger in seiner Lage, während der Daumen wieder das Unterlid ectropioniert. Bei dieser Gelegenheit kann man nochmals eingehend nach kleinen Fremdkörpern suchen, welche sich mit Vorliebe im Sulcus subtarsalis des Oberlides festsetzen. Mit der andern Hand wird nun wieder die Ausspülung durchgeführt, und im Anschluß daran der weniger zugängliche obere Uebergangsteil mit einem an der Spitze flachgedrückten Sublimattupfer gründ ich ausgewischt. Diese Procedur bringt oft Fremdkörper, namentlich Strohhalme, flache Holzsplitter und dergleichen zum Vorschein, welche vorher nicht gesehen werden konnten. Das Ectropionieren der Lidränder, namentlich aber das Umspülen des Oberlides soll bei perforierenden Verletzungen unterbleiben, da der verstärkte Außendruck leicht Glaskörpervorfall bewirken kann. In solchen Fällen begnügt man sich mit der Berieselung der Conjunctiva unter vorsichtiger Abziehung der Lider vermittelst der Cilien. Eine sichtbare Wunde wird nach Säuberung des Conjunctivalsackes behutsam mit einem ausgedrückten Sublimattupfer (1 : 5000) abgewischt. Da es unmöglich ist, den Bindehautsack vollkommen steril zu halten, so ist die Prognose der Augenverletzungen stets zweifelhaft. Ist eine primäre Infection ausgeblieben, so ist dennoch die nicht minder folgenschwere secundäre Infection zu befürchten.

In vielen Fällen beschränkt sich die erste Hilfeleistung auf die oben referierte Reinigung und die nachherige Anlegung eines Verbandes; sonst schreitet der Arzt nach der Desinfection zu den durch die betreffende Verletzung speciell indicierten Verrichtungen.

Das Gros der nicht perforierenden Verletzungen des Auges wird durch Fremdkörper hervorgerufen. Es muß der Versuch gemacht werden, diese unter möglichst reichlicher Cocaineinträufelung zu entfernen. Bei Eisensplittern der Cornea muß auch der Rostring mitentfernt werden. Nach Beseitigung des Fremdkörpers wird der Bindehautsack mit

Digitized by Google

Sublimatlösung (1 : 5000) ausgespült, bei starken Reizerscheinungen wird Atropin eingeträufelt und hierauf Salbe (Jodoform, Sublimat oder Borvaselin) in den Bindehautsack gestrichen. Bei Verletzungen der Hornhaut wird unter allen Umständen, sonst nur bei größeren Wunden, ein Verband angelegt.

Die durch Schnitt, Stich und Quetschung hervorgerufenen größeren Wunden werden zweckmäßig dem Spezialisten überlassen, da eine unvollkommene Adaptation oder ein allzu festes Anziehen der Fäden bei primärer Naht Lageveränderungen der Lidränder (Ektropium, Entropium) und so eine bleibende Schädigung des Auges herbeiführen kann.

Bei Kontusionen des Bulbus ohne sichtbare Kontinuitätstrennung, jedoch mit Blutaustritt in das Unterhautzellgewebe, in die Konjunktiva und in die vordere Kammer werden oft Eisumschläge angenehm empfunden. Sie dürfen jedoch nicht auf die Lider direkt und nicht zu lange appliziert werden, weil die dünne Lidhaut bei längerer Kälteeinwirkung Schaden leidet.

Bei nachweisbarer Verletzung der Iris wird ein Verband angelegt. Die Einträufelung von Augentropfen, namentlich von Atropin ist in solchen Fällen besser zu unterlassen.

Bei Verbrennungen ist nach vorausgeschickter Cocainisierung zunächst die Entfernung etwa noch vorhandener Fremdkörperreste zu bewirken; hierauf folgt Ausspülung mit 3 proc. Borsäurelösung mit Application eines Eisbeutels; schließlich nach erneuter Cocain- oder eventuell Atropin-Einträufelung, Einstreichen von Jodoformsalbe und Verband.

Bei Verätzungen mit chemischen Agentien handelt es sich zunächst darum, alle erreichbaren festen Partikel mit der Pincette oder mit einem in Oel getauchten Tupfer zu entfernen. Man reinigt dann auch das äußere Auge und läßt eine gründliche Ausspülung des Bindehautsackes mit reichlichen Mengen Wassers folgen.

Bei der Besprechung der Technik einiger für alle Fälle giltiger Handgriffe erwähnt Verfasser zunächst die Einträufelung von Augentropfen; dieselbe erfolgt, indem man den Patienten nach aufwärts blicken läßt, mit dem Daumen der einen Hand das Unterlid vom Bulbus abzieht und dann entweder aus dem mit der anderen Hand senkrecht gehaltenen Tropfröhrchen aus geringer Höhe einige Tropfen in den eröffneten Conjunctivalsack fallen oder aus dem schräg gehaltenen Tropfröhrchen in den äußeren Lidwinkel fließen läßt. Die einzuträufelnden Lösungen sollen frisch sterilisirt und auf Körpertemperatur erwärmt sein.

Zur Herstellung des Verbandes befeuchtet man ein rund zugeschnittenes, aus mehreren Lagen hydrophiler Gaze bestehendes Läppchen mit 3 proc. Borsäurelösung und legt

Digitized by Google

es auf das geschlossene Auge. Die Gaze wird mit einem gleichgeformten Stück Mosetigbattist bedeckt, dieses wieder mit einem Bausch trockener steriler Watte, welches den ganzen Raum zwischen Nasenrücken, Jochbein und Augenbrauen der betreffenden Seite ausfüllt. Die Befestigung dieses Verbandes erfolgt durch drei Streifen amerikanischen Heftpflasters, welche etwa 16 cm lang und $1^1/_2$ cm breit sind, in der Art, daß ein Streifen ziemlich straff gespannt über die größte Convexität des Wattebausches schräg von innen oben nach außen unten, und zwar von der Mitte der Stirn bis in die Gegend des Ohrläppchens verläuft, während die beiden anderen Streifen sich an denselben Punkten der Haut ansetzen, jedoch den mittleren bogenförmig umgreifen und so die Peripherie des Verbandes fixiren. Dieser Verband besitzt wesentliche Vorteile gegenüber dem vielfach angewendeten Bindenverbande: er ist leichter und wärmt weniger, hindert nicht die Bewegungen des Kopfes und das Tragen der Kopfbedeckung, hält fester und kann auch rasch angelegt werden. Als Vorteil eines Augenverbandes im allgemeinen ist vor allem der Schutz des verletzten Auges vor neuen Insulten, vor grober Verunreinigung und — was besonders wichtig ist — vor dem Patienten selbst, welcher sich fortwährend damit beschäftigt, zu betrachten. Er verringert den Schmerz und hält das oft unangenehm empfundene Licht ab, endlich ist es sicher, daß zahlreiche Verletzungen, namentlich jene der Hornhaut unter dem Verbande rascher heilen.

Zum Schluß seiner für den Praktiker wichtigen Arbeit führt T. die besonderen, für gewöhnlich nicht verwendeten Hilfsmittel an, welche der Arzt für das Eingreifen bei Augenverletzungen vorrätig haben sollte:

1. Lösungen. Die Instillationsflüssigkeiten, und zwar 5 proc. Cocain- und 1 proc. Atropinlösung, werden in sterilisierbaren und mit eingeriebenen Tropfröhrchen versehenen Kölbchen aufbewahrt und zum Gebrauch nach Tunlichkeit auf Körpertemperatur erwärmt. Die Sterilisierung erfolgt durch dreimaliges Aufkochen der Flüssigkeit über der Flamme, entweder unmittelbar vor dem Gebrauche oder auch regelmäßig in Intervallen von etwa drei Wochen. Nach dreimaliger Sterilisierung oder mehrmonatlichem Nichtgebrauch erneuert man die Lösung, da ihre Concentration durch Verdunstung beeinflußt wird.

Die antiseptischen Flüssigkeiten: Sublimatlösung 1 : 5000 und 3 proz. Borsäurelösung.

2. Salben: 3 proc. Bor-, 5 proc. Jodoform-, 0,3 proc. Sublimatsalbe; als Constituens ist Vaselinum album americanum purissimum zu verwenden und exacteste Verreibung vorzuschreiben.

Digitized by Google

3. Sonstige Medicamente: Feinstgepulvertes Jodoform, frisches Olivenöl.

4. Sonstige Behelfe: Platin-Iridium-Fremdkörper-Nadel, Fremdkörper-Löffel, mehrere Glasstäbe mit abgerundeten Enden, sterile Verbandteile, Heftpflasterstreifen.

Ueber die chirurgische Behandlung der eitrigen Peritonitis. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.) Während noch vor einigen Jahren Behandlung der diffusen, eitrigen Peritonitis fast immer aussichtslos war, mehren sich in letzter Zeit die Berichte über Fälle, welche durch eine geeignete Therapie günstig beeinflußt worden sind. So dürfen wir jetzt nicht mehr wie früher eine allgemeine Peritonitis als trostlos ansehen und ohne chirurgischen Eingriff sich selbst überlassen. Denn wenn auch immerhin einige Fälle ohne Operation geheilt sind, so ist dies doch eine kleinere Zahl gegenüber den offen behandelten. Von besonderem Interesse ist eine Veröffentlichung von W. Nötzel „Die Prinzipien der Peritonitisbehandlung" (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI), da er über die Erfahrungen auf diesem Gebiet berichtet, die im Frankfurter Krankenhause von Rehn, dem um diese Frage so verdienten Chirurgen, gemacht worden sind. Nötzel fordert folgendes für die Peritonitisbehandlung. Sobald das Vorhandensein von Eiter in der Bauchhöhle nachgewiesen ist, muß der Eiter durch Operation entfernt werden. Wenn irgend angänglich und möglich, ist die Ursache der Eiterung zu beseitigen (Appendix, Pyosalpinx usw.). Neben diesen zwei Hauptforderungen ist für den guten Erfolg die Nachbehandlung ausschlaggebend, bei der durch geeignete Drainage, abgekapselte Abszesse und Senkungen von Eiterherden entleert werden müssen. Nötzel ist der Meinung, daß das Bauchfell eine große Resistenz gegen Bakterien besitzt und in vielen Fäl en mit einer Infektion fertig zu werden imstande ist. Neigt man doch immer mehr zu der Annahme, daß bei jeder noch so sorgfältig unter den Kautelen der Asepsis ausgeführten Operation ein Eindringen von Bakterien in die Bauchhöhle unvermeidlich ist. Von dem Gedanken ausgehend, daß das Peritoneum nur vermöge seiner großen Oberfläche imstande sei, auch mit einer großen Anzahl von Bakterien fertig zu werden, sieht N. das Aufhören der Peristaltik als das gefährlichste Moment an, da dann die Bakterien an vereinzelten Stellen sich in so übergroßer Zahl ansammelten, daß ihnen die bakterizide Kraft des Peritoneums nicht mehr gewachsen sei. Wirkt dagegen die Peristaltik, so würden die Bakterien auf die Gesamtoberfläche des Peritoneums verteilt, das nun leichter die Bakterien zu resorbieren imstande sei.

Digitized by Google

Zur Operation wird der Laparotomieſchnitt in der Mittellinie empfohlen je nach der Ausdehnung der Erkrankung eventuell vom Processus xiphoideus bis zur Symphyse. Ist die Ursache der Eiterung gefunden und beseitigt, so folgt eine ausgiebige Ausspülung des Eiters mit 0,9 Proz. warmer Kochsalzlösung. Jedoch sind nach Rehn's Erfahrungen nur Spülungen mit großen Mengen 30—50 Liter unter gelindem Druck nutzbringend. Die untere Fläche der Leber, der subphreniſche Raum, die untere Fläche der Milz, das kleine Becken werden besonders gründlich ausgespült. Bei diffuser Peritonitis werden sodann zwei kleine Inzisionen oberhalb der Spina ilei anterior superior angelegt und durch sie lange Drains eingeführt. Ferner wird vom untersten Punkte des Laparotomieſchnittes ein Drain nach dem kleinen Becken geführt. Darauf folgt der Verſchluß der Bauchhöhle, da nur dann eine hinreichende, nach Nötzel für die Heilung so wichtige Peristaltik möglich ist. Durch den Schluß der Bauchhöhle wird ferner die Bauchpresse erhalten, durch die dann die Sekrete aus den Drains herausgepreßt werden können. Deshalb ist eine Drainage am tiefsten Punkt der Bauchhöhle durch Scheide oder Mastdarm nicht erforderlich, wie sie von vielen Autoren z. B. Rotter u. a. geübt wird. Am besten läßt man die Patienten nicht flach liegen, sondern erhöht den Oberkörper, damit der Eiter ins kleine Becken läuft, eine Lagerung, die auch von Amerikanern (vgl. Knott: Drainage in diffuse septic peritonitis" Annals of surgery 1905 Juli) und Franzosen vorgeſchlagen wurde. Die meist bestehende Darmlähmung muß man mit innerlichen Mitteln bekämpfen und namentlich durch tägliche Kochsalzspülungen durch die Drainröhren und vom Mastdarm aus beseitigen. Trotz des Erbrechens, das man durch Magenausspülungen oft beseitigen kann, soll man flüssige Nahrung geben. Gegen den quälenden Durst sind auch subkutane Kochsalzinfusionen gut. Jede Bewegung und Erſchütterung des Patienten ist sorgfältigst zu vermeiden.

Während also bei den septiſchen und eiterigen Peritonitiden der operative Eingriff unbedingt in Frage kommt, ist bei den tuberkulösen Formen ein operativer Eingriff nicht immer indiziert. In einer Arbeit von Göſchel „Die Laparotomie bei Peritonealtuberkulose" (Deutſch. Archiv für klin. Medizin Bd. LXXXIV) finden wir folgenden Standpunkt vertreten. Eine Spontanheilung der Bauchfellkuberkulose tritt in $^1/_3$ der Fälle ein, wenn es sich um leichtere und unkomplizierte Erkrankungen handelt. Besonders günstig ist die Prognose im kindlichen Alter. Für die ſchweren Formen kommt die Laparotomie in Frage, die in vielen Fällen die Beſchwerden für eine gewisse Zeit beseitigt und das Allgemeinbefinden bessert. Eine vollständige, dauernde Aus-

Digitized by Google

heilung wird dagegen nur in wenigen Fällen erzielt, meist bei den rein exsudativen Peritonitiden, indem die adhäsiven und ulzerösen Formen kaum je dauernd beeinflußt werden. Während bei herabgekommenen Patienten das Exudat auch durch Punktion entleert werden kann, wird sonst die Laparotomie in der Mittellinie ausgeführt. Man schreibt der Laparotomie jedoch nur eine indirekte heilende Wirknng zu, indem durch sie die Resistenz des Peritoneums gegen die Tuberkelbazillen gestärkt werden soll. Nach den oben erwähnten Ausführungen sind demnach die Fälle mit geringen Temperaturen und wenig Exsudat nicht zu operieren. Ebenso sind die trostlosen Fälle auszuschließen, wo der Organismus durch eine allgemeine Tuberkulose oder auch durch eine nebenbei bestehende Darmtuberkulose mit ihren unstillbaren Diarrhöen so geschwächt ist, daß eine Operation den Exitus nur beschleunigen würde. Bei den zur Operation geeigneten Fällen ist in der Nachbehandlung besonderer Wert auf kräftige Ernährung und Aufenthalt im Freien zu legen.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Ueber operative und nicht operative Behandlung entzündlicher, insbesondere eitriger Adnexerkrankungen. Von Prof. Otto v. Franqé (Prag). (Deutsche med. Wochenschrift, 1905, No. 39.) Bei der Behandlung der entzündlichen, besonders eitrigen Erkrankungen der Uterusadnexe ist zur Zeit wieder das conservative Verfahren das herrschende geworden; operiert wird nur, wenn besondere Indicationen gerade dazu drängen. Man hatte früher die Gefahr der Anwesenheit von Eiter in der Tube ebenso sehr wie den günstigen Einfluß der ausgeführten Operationen auf das Allgemeinbefinden und die Arbeitsfähigkeit der Patientinnen überschätzt, die vis medicatrix naturae unterschätzt. Die neueren Erfahrungen aber haben gezeigt, daß bei abwartendem Verfahren ebenso viel oder mehr Patientinnen relativ hergestellt, d. h. arbeitsfähig und beschwerdefrei werden als bei operativer Therapie. Ja, in einem kleinen Teil der Fälle wird bei conservativer Therapie sogar der normale Zustand der Geschlechtsorgane wiederhergestellt, was sich in dem Wiedereintritt einer Gravidität documentiert. Vor allem ist die conservative Therapie gefahrloser, während die primäre Mortalität bei der Operation 10 pCt., bei bestimmten Gruppen der eitrigen Salpingitis sogar 25 pCt. beträgt. Von 257 Patientinnen mit entzündlichen Adnexerkrankungen, die in des Verf.'s Klinik im

Digitized by Google

Laufe der letzten zwei Jahre Aufnahme fanden, wurden nur 36 einer eingreifenden operativen Therapie unterzogen, 211 wurden rein conservativ behandelt, 10 weitere conservativ-operativ, d. h. die erkrankten Organe wurden zurückgelassen, nur dem Eiter in ihnen durch Incision und Drainage durch die Scheide Abfluß verschafft, ein relativ einfacher Eingriff, welcher in den meisten Fällen zur Heilung führt, vorausgesetzt, daß die Oeffnung groß genug angelegt und für dauernde Durchgängigkeit bis zur allmählichen Verödung der Eiterhöhle gesorgt wird. Dies wird am sichersten dadurch erreicht, daß die Wand der geöffneten Pyosalpinx durch einige Knopfnähte mit der Scheidenwand vereinigt wird, während T-förmige Drains trotz gleichzeitiger Tamponade der Scheide herausgleiten resp. von den Patientinnen herausgerissen werden können. Bis zur vollständigen Heilung dauert es bei diesem Verfahren allerdings Wochen bis Monate, wenn es sich um größere, starrwandige Höhlen handelt. Dieser Eingriff ist dann indiciert, wenn die Allgemeinerscheinungen, vor allem das Fieber und die Schmerzen zur Abhilfe drängen und der fluctuierende Eitersack der Scheidenwand dicht anliegt (gewöhnlich im hinteren Scheidengewölbe). Sitzt der Eitersack mehr lateral, über dem seitlichen Scheidengewölbe und nach vorn, so ist die Incision gefährlicher, wegen der Möglichkeit, den Ureter, die Uterina und die Blase zu verletzen; sie stellt dann einen Eingriff dar, welcher dem Spezialisten vorzubehalten ist Was die Aetiologie der entzündlich-eitrigen Adnexerkrankungen anlangt, so beruhen sie teils auf gonorrhoischer, teils auf puerperaler Infektion (durch Strepto- und Staphylokokken), ein kleiner Teil endlich ist tuberculöser Natur. Der gewöhnliche Verlauf der gonorrhoischen und puerperalen Fälle ist der, daß die mehr oder weniger hoch fiebernd eingetretenen Patientinnen nach einer ein-, selten mehrwöchigen Behandlung durch einfache Bettruhe und Auflegen der Eisblase entfiebert werden, während die Schmerzhaftigkeit der vorhandenen Adnextumoren etwas langsamer zurückgeht und schließlich eine Verkleinerung der fühlbaren Tumoren nachweisbar ist. Mit der eigentlich resorptiven Behandlung wird erst mehrere Tage bis eine Woche nach Eintritt normaler Temperaturen eingesetzt, wobei heiße Scheidenausspülungen mit nachfolgender Ichthyolglycerintamponade der Scheide die wichtigste Rolle spielen. Alkoholumschläge Priessnitz'sche Wickelungen vervollständigen die Kur. Durchschnittlich 4—6 Wochen wird dabei Bettruhe innegehalten, dann wird zur Bäderbehandlung übergegangen (Franzensbader Moorsalz etc.). Die Combination der Moorbäderkur mit bimanueller Massage hält F. bei den entzündlichen Adnexerkrankungen für direct contraindiciert, weil

Digitized by Google

dadurch unter Umständen sehr geschadet werden kann. — Bei einfacher Hydrosalpinx ist eine Behandlung häufig gar nicht erforderlich; treten aber Druckerscheinungen auf oder acute peritonitische Erscheinungen infolge von Stieltorsion, so ist nur die operative Entfernung indiciert, die technisch einfach und ungefährlich ist. In seltenen Fällen können Fehldiagnosen die conservative Behandlung bedenklich erscheinen lassen, indem man endzündliche Adnextumoren diagnostiziert, während es sich tatsächlich um eine Tubargravidität oder gar um eine maligne Neubildung der Tuben resp. der Ovarien handelt; doch wird man auf die richtige Diagnose meist geführt, wenn nach einiger Zeit eine Besserung der Erscheinungen bei der conservativen Behandlung nicht eingetreten ist. Bei tuberculösen Adnextumoren, sofern sie die einzige oder vorwiegende Localisation der Tuberculose im Körper darstellen, ist die operative Behandlung entschieden vorzuziehen, wenn auch manchmal hierbei Spontanheilung vorkommt. Jedoch ist hier nur die frühzeitige Operation von Nutzen; bei zu spät operierten Fällen hat F. im allgemeinen ungünstige Erfahrungen gemacht. — Bei der operativen Behandlung der entzündlichen Adnextumoren hat F. (abgesehen von den wegen Tuberculose operierten) eine Gesamtmortalität von 15 pCt. gehabt (3 Todesfälle auf 20 Operationen).

Untersuchungen über Anomalien der Placentarstruktur hypoplastischer Uteri und deren Folgen. Von O. Schäffer, Heidelberg. (Arch.f. Gynäkologie 1905, 76. Bd., 1. Heft.)

Die Ergebnisse seiner Untersuchungen faßt Sch. in folgende Sätze zusammen:

1. Die Hyperplasia uteri bietet in der Struktur ihrer Schleimhaut, wovon es verschiedene typische Formen gibt, und ihrer Vaskularisation einen ungünstigen Boden für die Entwicklung einer normal vollendeten Placentation. Die Entwicklung der Eiereinnistung bleibt makroskopisch scheinbar ganz oder teilweise auf der embryonalen Stufe stehen. Tatsächlich entspricht die Placentation dem Bilde pathologischer Abortiveier.

2. Die Decidua serotina basalis ist niedrig und besitzt bei der einen Gruppe der Fälle von vornherein überhaupt kein umfangreicheres Stratum spongiosum, bei der andern Gruppe entwickelt sie dasselbe in so lockerer Weise, daß es frühzeitig zu Gewebsblutungen, zum Absterben der Frucht, zum Abortus kommt; andernfalls entstehen vielfache, aber partielle Hämorrhagien in dieser Schicht, die entweder nur zu partiellen Nekrosen und zu fibrösen und fibrinösen Verankerungen der Zottenschicht und dann bei der mehr oder

Digitized by Google

weniger rechtzeitigen Geburt zu Anomalien der Placentarlösung und zu Zottenretentionen führen — oder die das Ei, nach sehr allmählicher Eliminierung desselben, von der Ernährung der Zotten zurückhalten (Retentio ovi abortivi).

3. Die Retention von Eiteilen kommt zufolge der Störungen in der Entwicklung der Decidua und der vielfachen nekrotisch-fibrinösen Verankerung der Zotten bei beiden Gruppen und gleicherweise bei recht-, früh- und -unzeitigen Geburten vor; je früher, desto totaler, wobei aber zu bemerken ist, daß bei den rechtzeitigen Geburten diese „Totalität" der Lösung auch insofern nur eine scheinbare sein kann, als auch hier von der ganzen maternen Fläche die fibrinös verankerten Zottenteile abreißen, zurückbleiben und erst unter mannigfachen mehr oder weniger langdauernden und starken Blutungen und unter einer zwar sehr allmählich anwachsenden, dann aber besonders starken Rundzelleninfiltration aus der zurückbleibenden Regerationsschicht des Endometriums eliminiert werden; nach 4—3 Wochen nach un- wie nach -rechtzeitigen Geburten wurde die Ausstoßung unvollendet gefunden!

4. Die hyaline und die fibröse Nekrose der Decidua hat ihre Ursache in der spärlichen Entwicklung derselben zwischen den zu reichlichen und weiten Lumina der Drüsen. Die Decidua produziert außerdem zu wenige und zu wenig vollkommene Deziduazellen, wodurch das Fasergewebe vorwiegend bleibt und später in einzelnen Zügen, die mit den Haftzotten korrespondieren, breite gefäßarme, spindelzellarme fibröse Stränge bis an und zwischen die Zotten bildet. Der Nekrose verfällt die Decidua zufolge ihrer ungenügenden Ausbreitung und Vaskularisation gegenüber der biochemischen Einwirkung der andringenden syncytialen und chorialen Massen, die schließlich bis an und in die Muskularis eindringen können. Alle diese hier geschilderten Vorgänge vollziehen sich im hypoplastischen Uterus ohne vorhergehende oder zur Zeit der Gravidität bestehende bakterielle Entzündungen.

5. Die Vascularisation zeichnet sich durch eine progressive, relative Abnahme der Gefäße aus, hervorgerufen durch Thrombose zufolge der Nekrose der umliegenden Decidua. Die Gefäße sind primär zu dünnwandig, um dem gesteigerten Druck Widerstand zu leisten; das spärliche, sie umgebende Stroma stützt sie gleichfalls nicht, daher Transsudation und Blutextravasate, eine weitere Quelle der Deciduaund weiterhin auch der Zottennekrose. Hierdurch werden wiederum Rückstauung, Thromben und neue Hämorrhagien hervorgerufen.

6. Für die Decidua vera gilt Analoges hinsichtlich des Auftretens ausgedehnter Nekrosen und fibrinisierter Hämorr-

Digitized by Google

hagien in der oberflächlichen Schicht; die letztere wurde noch in voller Höhe zwei und drei Wochen post abortum im organiſchen Kontakt mit der ſich regenerierenden, ſtark mit Rundzellen infiltrierten tieferen Schleimhautſchicht gefunden. In anderen Fällen der größtenteils vollendeten Abſtoßung der Deciduanekrosen wurde noch nach Wochen ſtatt des Oberflächenepithels eine körnige Exudatſchicht gefunden, welche ſtellenweise mit nekrotiſchen und fibrinisierten hämorrhagiſchen Massen gemiſcht war; letztere kamen aus der Tiefe, aus dem mit Rundzellen infiltrierten Regenerationsgewebe.

7. In ſeltenen Fällen lösen die puerperalen oder ersten menſtruellen Blutungen die retinierten decidualen Massen nicht ab; auch ohne Laktation oder Hyperinvolutio uteri kommt es dann zur monatelangen Amenorrhöe; die Schleimhautoberfläche findet ſich mit einer an Rundzellen reichen Fibrinſchicht bedeckt, deren Faſergruppierung aber die enge Verſchmelzung mit einer organiſierten Gewebsſtruktur, d. h. dem ſubepithelialen Bindegewebe verrät. Die demarkierende und endlich löſende kleinzellige Infiltration kommt hier zögernd und ſpät zuſtande. Dieſe Membranen erinnern auffallend an beſtimmte, analog gebaute Häute der Endometritis exfoliativa.

8. Die durch Blutungen wie durch Amenorrhöe bei puerperalen, hypoplaſtiſchen Uteris veranlaßte Therapie beanſprucht nach dem Geſagten eine ſchonende Abſchabung der oberſten Schleimhautſchicht; es iſt zu betonen, daß dadurch dieſe Art der Amenorrhöe beſeitigt wird; ſtets iſt die Hyperämie hernach anzuregen durch eine mehrtägige intrauterine Jodoformgaze-Tamponade. — Kontraindiziert iſt die Abrasio mucosae bei Hypoplasia uteri in allen anderen Fällen, weil ſelbſt eine ſchwammige Glandulärhypertrophie der Schleimhaut ſich derart günſtig zu regenerieren und „umzubilden“ pflegt, daß ſie für künftige Schwangerſchaften ein beſſeres Subſtrat abgibt als früher. (Deutſche Praxis.)

Verſchiedenes.

Schädlichkeit des Purgens. Purgen, ein Phenolphthaleïnpräparat, welches ſeit längerer Zeit von der Engelapotheke in Budapeſt und ihren Vertretern den praktiſchen Aerzten in Gratisprobeſendungen zugeſtellt und als „vorzüglich abführend und abſolut ungiftig“ geſchildert wird, kann ſchwere Nierenreizung verurſachen. Sanitätsrat Holz, Berlin, berichtet in der Berl. kl. W. 1905/29 über zwei derartige Fälle: ſchwere Darm und Nierenaffektion nach Purgengebrauch und warnt dringend vor Verwendung dieſes Mittels; „und ganz beſonders hüte man ſich vor Anwendung des ſo unſchuldig klingenden Baby-Purgens bei Kindern, die ja gegen Phenol ſo überaus empfindlich ſind“.

Redakteur: Sanitätsrat Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'ſchen Buchhandlung* in Wetzlar.

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro. 12 XLV. Jahrgang. Dezember 1905.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Ueber Enesol, ein neues Arsenquecksilberpräparat. — Die Theorie der Cholelithiasis. — Ueber schwere Frakturen des Beckens. Behandlung des Bubo und Carbunkels ohne große Incisionen. Zur Praxis der Lokalanästhesie. — Ueber langdauernde Nacentarretention nach Fehlgeburten. Ueber einige Punkte in der Differential-Diagnose von Scharlach, Röteln und Masern. Das Ichthyol in der Scharlachbehandlung. — Jodkalium gegen Arteriosklerose. Kann eine an Scharlach erkrankte Mutter ihr Kind stillen? Telephonische Consultation.

I. Pharmacologie, Balneologie Hygiene und Bacteriologie.

Ueber Enesol, ein neues Arsenquecksilberpräparat. Im vorigen Jahre ist ein neues Quecksilberpräparat unter der Bezeichnung Enesol durch die bekannte Firma Clin u. Cie. in Paris zur Behandlung der Syphilis in den Handel gebracht worden. Das Enesol ist seiner chemischen Constitution nach eine Verbindung von Salicylsäure mit Quecksilber und Arsen; es vereinigt demnach die Wirkung von Quecksilber und Arsen in sich, was gerade bei der Behandlung der syphilistischen Eruptionen an der Haut, sowie der syphilistischen Anämie von hoher Bedeutung ist. Da ferner das Arsenik auch bei anderen, durch protozoische Erreger hervorrgerufenen Krankheiten, z. B. der Malaria, eine unleugbare Wirkung entfaltet, so dürfte die Verbindung von Quecksilber mit Arsen, wie Dr. Iwan Bloch in einer jüngst erschienenen Arbeit über das Enesol hervorhebt, auch aus dem Grunde eine verstärkte Wirkung gegen die Syphilis entfalten, weil ja auch letztere wahrscheilich durch einen Erreger aus der Klasse der Protozoen, die Spirochaete pallida, hervorgerufen ist. Das Enesol oder salicyl-arsensaure Quecksilber stellt ein weißes, in Wasser lösliches Pulver dar; die Lösungen sind farblos, bringen Eiweiß nicht zur Gerinnung, geben mit den gewöhnlichen Reagentien des Arsens und des Quecksilbers keinen Niederschlag. Das Enesol enthält 38,47 pCt. Quecksilber und 14,4 pCt. Arsen. Trotz dieses hohen Gehaltes ist die Gif-

Digitized by Google

tigkeit des Enesols infolge seiner besonderen chemischen Constitution eine verhältnismäßig geringe; nach Versuchen, welche Coignet an Kaninchen angestellt hat, dürfte das Enesol 70mal weniger giftig als das Hydrargyrum bijodatum sein, das Enesol wird in intramusculären Injektionen in der üblichen Weise, am besten in der Glutäalgegend, angewendet. Man wählt zu den Injectionen am zweckmäßigsten eine 3proc. wässrige Lösung, von dieser injiciert man durchschnittlich 2 ccm (= 0,06 Enesol) täglich. Das Enesol wurde zuerst von Dr. Coignet unter Leitung des Prof. Gailleton einer klinischen Prüfung unterzogen. Die von ihm behandelten Kranken befanden sich in den verschiedensten Stadien der Lues; 15 von ihnen hatten genitale oder extragenitale Schanker und brauchten 20—30 Injektionen, um das Geschwür zur Vernarbung, die Induration, sowie die Drüsenschwellungen zum Verschwinden zu bringen. 20 Kranke im secundären Stadium wurden mit Enesol behandelt. Bei diesen waren je nach dem Fall 20—30 Injectionen erforderlich, um die Erscheinungen zum Schwinden zu bringen. Endlich wurden 10 Fälle secundär-tertiärer und tertiärer Syphilis mit Enesol mit durchweg gutem Erfolg behandelt. Eine der für die Anwendung in der Praxis wichtigsten Eigenschaften des Enesols besteht darin, daß die Injectionen entweder gar nicht oder in sehr mäßigem Grade schmerzhaft sind; jedenfalls sind die Schmerzen, falls sie auftreten, durchaus erträglich und nötigen niemals, die begonnene Enesolbehandlung abzubrechen, welcher Fall bekanntlich bei Injectionen anderer Quecksilberpräparate nicht selten eintritt. Auch Infiltrate treten bei den Enesolinjectionen an den Injectionsstellen nicht auf. Mit dem gleichen Erfolge wie Dr. Coignet prüften Lannois, Breton, Pauly und Jambon das Enesol; alle constatierten die spezifische Wirkung des Enesols in allen Stadien der Syphilis, während es gleichzeitig allgemein tonisierend wirkt und daher auf den Ernährungs- und Kräftigungszustand einen sehr günstigen Einfluß ausübt. Auch von deutschen Autoren liegen schon Berichte über die therapeutische Wirkung des Enesols vor. Dr. Goldstein prüfte das Mittel auf der Abteilung des Prof. E. Finger in Wien, Dr. Habrich auf der Abteilung von Prof. Mracek in Wien. Goldstein hebt besonders die Wirkung des Enesols bei den malignen Frühformen, ebenso wie bei den gummösen Spätformen hervor In einem Teil der Fälle constatierte er, daß das Enesol sehr rasch wieder ausgeschieden wird, indem er schon 2 Stunden nach der Injection große Mengen Quecksilber nachweisen konnte; nach 24 Stunden fand man nur noch Spuren von Quecksilber; in anderen Fällen allerdings erschien nicht so schnell nach der

Digitized by Google

Injection Quecksilber im Harn. - Immerhin glaubt Goldstein, da das Enesol in der Mehrzahl der Fälle den Organismus schnell passiert, die Injectionsbehandlung mit Enesol im Sinne Neissers als „milde" bezeichnen zu dürfen. Die therapeutische Verwendung des Enesols dürfte sich nach G. wertvoll und zweckmäßig erweisen für chlorotische, anämische, tuberculöse, überhaupt für durch Krankheit geschwächte Personen, ebenso in Fällen, wo gestörte Circulationsverhältnisse, eine besondere Idiosynkrasie etc. die Anwendung von schwer löslichen Präparaten nicht angezeigt erscheinen lassen. Dr. Habrich hebt als Vorzüge des Enesols vor den übrigen Quecksilberpräparaten hervor: 1. Rasches Schwinden der Syphiliserscheinungen; 2. infolge seiner geringen Toxicität Ermöglichung der Verabreichung bedeutend größerer Dosen als bei anderen Hg-Präparaten; 3. das nahezu gänzliche Fehlen von Schmerzen und Infiltratbildung an den Injectionsstellen; 4. infolge der gleichzeitigen Arsenwirkung Hebung des Kräftezustandes. Dr. Iwan Bloch in Berlin berichtet über 8 Fälle von primärer und secundärer Syphilis, in denen sämtlich durch Enesolinjectionen die Erscheinungen schnell beseitigt wurden. Meist waren etwa 20 Injectionen à 0,06 Enesol erforderlich, in einigen Fällen weniger. Stomatitis trat gar nicht oder nur ganz leicht auf. Außerdem liegen noch Berichte vor von Bouan, Prunac, u. a. alle diese Autoren bestätigen die milde, sichere und rasche Wirkung der Enesolinjectionen in allen Stadien der Syphilis, auch in schweren, cerebralen Formen. Das Enesol ist im Handel vorrätig in titrierter Lösung, welche 0,03 Enesol pro Cubikcentimeter enthält. (Schachtel mit 10 Ampullen à 2 ccm kostet 4 Frc.) (Allg. med. Centralztg.)

II. Medicin.

Die Theorie der Cholelithiasis. Seit ca. 10 Jahren ist die Theorie der Cholelithiasis in wesentlichen Punkten derartig verändert worden, daß sowohl Diagnostik wie Therapie davon betroffen werden müssen. Gewiß fällt es dem Praktiker, der diese theoretischen Umwälzungen nicht verfolgt hat, schwer, bei einem sogenannten typischen Gallensteinanfalle mit Gelbsucht von der Annahme zu lassen, daß hier ein Stein im Ductus choledochus als Ursache des Schmerzes wie der Behinderung des Gallenabflußes gelegen sei. Da experimentelle Forschung, operative Technik und Obduktion gelehrt haben, daß diese scheinbar so leicht zu

Digitized by Google

begründende Diagnose oft falſch ist, und daß die ohne Ikterus einhergehenden Schmerzanfälle durchaus nicht immer darauf hindeuten, daß ein im Cysticus liegender Stein die Ursache sei, so ist es bei der Häufigkeit der Affektion hohe Zeit für alle Praktiker, die veränderten Ansichten aufzunehmen und zu verwerten. Das prinzipiell Wichtige in der neuen Lehre beruht darauf, daß wir der Infection der Galle (mit Kolibazillen) die Hauptrolle bei der Entstehung der Gallenerkrankungen insgesamt zusprechen. Dazu kommt, daß sowohl die Kolikanfälle wie der Ikterus auf eben derselben Basis ohne obstruierenden Stein außerordentlich häufig zu erklären sind. Naunyn und Riedel haben sich besonders um diese theoretiſchen Erwägungen verdient gemacht, und ihre Schule, aber auch die vorgeſchrittene chirurgiſche Technik hat ebenfalls die Theorie bereichert; hier sind u. a. besonders Kehr und Körte zu nennen. Was zunächst die Entstehung der Gallensteine anbelangt, so ist nachgewiesen worden, daß die Bakterieninvasion der Galle und der Gallenblasenwand eine Hauptrolle dabei spielt. Denn diese führt zu Niederſchlägen teils durch Beimiſchung von entzündlichem katarrhaliſchen Sekret, teils durch Aenderung der Konsistenz und der Reaktion der Galle. Wo Bakterien wuchern, da kommt es zur Ausſcheidung ſchwer löslicher Kalksalze. So stellt sich als Folge der Infection der Galle vermehrte Produktion und Ausſcheidung von Cholestearin, die Präzipitation von Bilirubinkalk, von phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk heraus, die um so leichter erfolgt und zur Steinbildung führt, als die abgestoßenen entzündlichen Elemente geeignete Kerne für die Niederſchläge abgeben. Daß natürlich Steine in der Blase oder in den Gallenwegen die Veranlassung zu heftigen Schmerzen bilden können, diese ältere Anſchauung bleibt noch bestehen. Sicher aber ist, daß ebenso auch eine akute Infection vom Darm aus, die raſch entzündliche Veränderungen entlang der großen Gallenwege setzt, neben allgemeinem dumpfen Schmerz einen typiſchen Anfall erzeugen kann, ja daß lediglich durch die infectiöse Schwellung der Schleimhäute der Gallengänge ein mit Schmerzen verbundener Ikterus gar häufig auftreten kann, bei dem nicht einmal gerade der Hauptausführungsgang, der Choledochus, mit ergriffen zu sein braucht. Selbst chroniſcher Ikterus mit häufigen Schmerzanfällen und Lebervergrößerung, mit oftmals acholiſchem Stuhle, ist keineswegs in der Regel von einem behindernden Steine verursacht, sondern, vorausgesetzt, daß nicht ein Tumor vorliegt, durch eben jene infectiöse Erkrankung der Gallenwege bedingt. Diese wird nicht immer durch leichtere oder erheblichere Fieberbewegungen

Digitized by Google

angedeutet, sondern kann auch ohne Temperatursteigerung verlaufen. Der Arzt muß nunmehr sich die Anschauung zu eigen machen, daß die Steineinklemmung nicht so häufig ist und daß das darauf zugeschnittene Symptomenbild des öfteren eine andere Grundlage hat, damit er die geeigneten Maßnahmen trifft. Es hat an Ueberraschungen nicht gefehlt seit der Zeit, da die Chirurgie der Gallenwege es zu großer Vollendung gebracht hat, wenn es an Stelle des diagnostizierten Steines im Choledochus, an Stelle der mit Steinen erfüllten Gallenblase ein leerer Gallengang, eine geschrumpfte Gallenblase mit indurierter Wand, aber ohne Inhalt, gefunden wurde, während der gestörte Gallenabfluß seinen Grund hatte in einer entzündlichen Schwellung der verästelten Gallengänge bis tief in die Leber hinein. Naunyn, der ausgezeichnete Kenner aller hierher gehörenden Erkrankungen, der seit Jahrzehnten, wie aus seinen Arbeiten ersichtlich, ein umfaßendes Material zielbewußt beobachtet hat, ist neuerdings in einem Aufsatz (Zur Naturgeschichte der Gallensteine und zur Cholelithiasis, Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie Bd. 14 Nr. 5) auf diese Verhältnisse nochmals näher eingegangen und hat besonders die Steinbildung und ihre Zusammensetzung besprochen. Gleichzeitig hat er aber auch Beherzigenswertes bezüglich der Therapie eingeflochten. Die interne Behandlung der Gallensteinkrankheit wie der in das gleiche Gebiet fallenden Gallengangsentzündungen ist noch immer die alteingeführte, vorwiegend symptomatische: warme Umschläge von außen, warmer Karlsbader Brunnen von innen. Alle neueren „Cholagoga" haben sich nicht bewährt, vorausgesetzt, daß man kritisch vorgeht und die oft wunderbaren Zufälligkeiten der Krankheit nicht in kausalen Zusammenhang zum Mittel setzt. Schon theoretische Erwägungen zeigen, daß, wenn wirklich gallentreibende Wirkungen einem Mittel innewohnen, damit noch nicht ein Druck erzielt werden kann, der ein größeres Hindernis überwindet, nicht einmal die entzündliche Schwellung, geschweige denn einen Stein. Vor allem muß man sich aber gegen die auflösende Fähigkeit jeglicher medikamentöser Behandlung aussprechen. Größere Konkremente widerstehen eher, ja Kalksteine werden überhaupt nie aufgelöst, Cholestearinsteine können zuweilen zerbröckeln aber nicht durch Medikamente, sondern durch Bakterien, um in ihren Bruchstücken neue Herde für Steine abzugeben. So stehen die Dinge bezüglich der nicht operativen Maßnahmen. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung.)

Digitized by Google

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Ueber schwere Frakturen des Beckens. Von Dr. O. Düttmann in Montabaur. (Aus der Festschrift für Herrn Med.-Rat Dr. Burwinkel in Vechta.)

Die Frakturen der Beckenknochen entstehen durch schwere Gewalten und haben geradezu typische Stellen. Diese befinden sich dort, wo die Knochen am dünnsten sind, oder wo sie in dickere Partien übergehen, oder wo sie in der Jugendzeit durch Knorpelfugen verbunden sind. Am vorderen Beckenring erfolgen daher die Brüche am Tuberc. pub. mit der Richtung nach dem For. obtur.; an der Eminent. ileo-pectin. mit der Richtung zum For. obtur., dem Acetabulum oder der Incis. ischiad. maj.; am aufsteigenden Sitzbeinast am Tub. ischii; an der Vereinigungsstelle des absteigenden Schambeinastes mit dem aufsteigenden. Am hinteren Beckenring durchsetzen die Brüche das Darmbein, vom Kamm bis in die Incis. isch. maj.; oder die Kreuzbeinflügel sind entlang der Kreuzbeinfuge gebrochen. Manchmal ist auch nur der Bandapparat der Fuge gesprengt.

Die Beckenfrakturen sind im Vergleich zu anderen Knochenbrüchen selten; sie betragen kaum $^1/_2$% . Auch gegenüber den andern Rumpfknochen nehmen sie einen niedrigen Platz ein, nämlich 0,8%, während die Brüche der Wirbelsäule 0,4%, der Rippen 9,5%, des Brustbeines 0,1% und des Schulterblattes 1,1% betragen. Hinsichtlich des Lebensalters nimmt die zweite Dekade den ersten Platz ein; die dritte ist nur um ein kleines geringer, so daß man sagen kann, daß die Mehrzahl aller Beckenbrüche sich zwischen dem 11. und 30. Lebensjahre vorfindet. Ueber die Häufigkeit der Frakturen der einzelnen Beckenknochen besitzen wir eine Zusammenstellung von Bartels (51 Fälle), von Michaelis (72 Fälle) und Streubel (21 Fälle). Alle drei Statistiken erweisen das Vorwiegen der Beteiligung des Schambeins (31, 51 und 12); weit geringer werden die Zahlen beim Sitzbein (13, 20 und 8); ihm sehr nahe steht das Darmbein (10, 18 und 5), dann folgt in großem Abstand das Kreuzbein (5, 4 und 1).

Der Beckenbruch kann einseitig oder doppelt sein; er findet sich beiderseits an typischer Stelle, oder es ist dies nur an einer Seite der Fall, während an der anderen sich nur eine Einknickung nachweisen läßt. Diese Fälle ereignen sich, wenn das Trauma sagittal die Symphyse trifft. Wirkt es aber noch weiter auf die Darmbeine ein, so werden diese nach außen gedreht und dabei die Lig. sacro iliaca gespannt; entweder reißen diese nun ein, und es entsteht ein Klaffen

Digitized by Google

der Sakroiliakalfugen, oder sie halten die Spannung aus und reißen die Kreuzbeinflügel ab. Trifft die Kraft das Becken frontal, so wird dieses im queren Durchmesser verkleinert; die Darmbeine nähern sich, die Schambeine brechen an den typischen Stellen, die Kreuzdarmbeinfugen klaffen. Letzteres Symptom kann fehlen, und es findet sich eine senkrechte Fraktur der Darmbeine, vom Kamm herab bis in die Incis. ischiad. maj. Alsdann haben wir den bekannten „doppelten Vertikalbruch Malgaigne'e" vor uns. In seltenen Fällen findet sich auch ein isolierter Bruch eines einzigen Beckenknochens vor; am bekanntesten ist die Fraktur eines Darmbeins (sog. Duverneyscher Bruch). Auch am Kreuzbein, Sitzbein und horizontalem Schambein sind isolierte Frakturen beobachtet worden; sie alle sind aber sehr selten.

Die meisten Beckenbrüche sind einfache Frakturen, zeigen also keine äußeren Verletzungen; letztere treten aber auf bei schweren Splitterungen. Bekannt ist, daß sehr oft die Organe im Becken mit verletzt werden, in erster Linie der Harnapparat; dieser kann nicht ausweichen und wird darum gezerrt, gerissen, gespießt. Oft genug findet man die Harnröhre in der Pars membranacea völlig quer durchtrennt; ausgedehnte Urininfiltrationen sind die schnell eintretenden Folgen. Schneller oder langsamer Verblutungstod kann eintreten durch die Verletzungen der großen Beckenvenen; auch Aneurysmenbildung der Glutäalarterien wurden beobachtet und als seltene Folge eine Extremitätengangrän infolge Ueberdehnung der Art. iliaca ext. durch verschobene Knochen. Bei Quetschungen des Ischiadikus und Obturatorius können entsprechende Lähmungen eintreten.

Die Diagnose der Beckenfrakturen stößt nicht selten auf große Schwierigkeiten. Nennenswerte Verschiebungen der Fragmente, wie sie beim symetrischen Bruch des vorderen Beckenringes, sowie beim doppelten Vertikalbruch Malgaigne's sehr häufig sind, erkennt man leicht bei Betrachtung der äußeren Konfiguration. Scheinbare Verkürzung oder Verlängerung des Beines erfordert die anamnestische Exklusion anderer Ursachen und ist in solchen Fällen stets das Verhalten des großen Trochanters zur Roser-Nélaton'schen Linie festzustellen. Das völlige Fehlen der Trochanterwölbung spricht für Pfannenbruch; Winkelbildung am Kreuzbein für eine Fraktur an dieser Stelle. Weitere diagnostische Hilfsmittel sind Feststellung von Bruchschmerz — ev. durch vorsichtiges seitliches Zusammendrücken des Beckens —, von Funktionsstörungen, Ecchymosen, Organverletzungen (Shock!) Daß man ev. die Rektal- und Vaginaluntersuchung nicht verabsäumt, ist selbstverständlich.

Digitized by Google

Bei der Deutung der gefundenen Symptome muß man sich vor Verwechslungen hüten. So kann z. B. eine Verkürzung und Schwerbeweglichkeit eines Beines von einer Schenkelhalsfraktur herrühren. Auch bei Rhachitis, Plattfußbildung, O- und X-Beinen, Luxation im Fußgelenk sieht man Verkürzung des Beines. Ferner kann eine ganze Beckenhälfte mitsamt der unteren Extremität in die Höhe rücken, infolge von Lendenwirbelfrakturen, von Luxation der Beckenhälfte usw. In allen diesen Fällen steht der Trochanter in normalem Verhältnis zur R.-N.-Linie. Verlängerung des Beines sieht man bei der Coxa valga traumatica, bei Abduktionskontrakturen des Hüftgelenks — ebenfalls mit normaler Stellung des Trochanters, während bei den Luxationen des Femur ein abnormes Verhältnis zur R.-N.-Linie zu konstatieren ist (Thiem). Unerläßlich ist das Feststellen etwaiger Komplikationen seitens der Beckenorgane, in erster Linie also des Harnapparates. Zu diesem Zweck wird stets vorsichtig und zart katheterisiert, weil einfache Harnverhaltung oder Schmerz in der Blasengegend bez. an der Schamfuge für sich nichts beweisen. Geprüft wird, ob der Katheter leicht und anstandslos in die Blase eintritt, oder ob er erst nach Ueberwindung eines gewissen elastischen Widerstandes sich weiter vorschieben läßt. Abgang von blutigem Urin ist stets bruchverdächtig, obwohl er natürlich auch Folge einer Nierenverletzung sein kann. Urininfiltrationen, ausgedehnte Sugillationen an Skrotum und Damm, peritonitische Erscheinungen weisen auf Zerrreißungen hin von Urethra allein, von Urethra und Blase, von Blase allein. Bei letzterer würde dann noch die Frage auftreten, ob der Riß extra- oder intraperitoneal ist. Intraperitoneal wird der Riß sein, wenn mittels Katheters große Mengen eiweißhaltiger Flüssigkeit entleert werden.

Die Prognose ist bei allen mit Organverletzungen komplizierten Brüchen infaust. Aber auch bei Frakturen ohne solche Verletzungen können erhebliche Folgen zurückbleiben durch ausbleibende Konsolidation, durch zu erhebliche Verschiebungen (Frauen!), durch andauernde Schmerzen und dergl. mehr.

Die Behandlung richtet sich je nach dem vorliegenden Fall, und lassen sich nur einige allgemeine Gesichtspunkte fixieren. Man legt den Verunglückten auf den Rücken mit leicht gebeugtem Ober- und Unterschenkel, wenn möglich auf ein Luftkissen; in dieser Lage fixiert man ihn tunlichst mittels Sandsäcken und dergl.; Reposition der Fragmente mag vorsichtig versucht werden, wird aber nur selten gelingen bez. dauernd zu erhalten sein. Beim doppelten Ver-

Digitized by Google

tikalbruch und beim Pfannenbruch muß extendiert werden; ein Gegenzug ist hierbei nicht möglich, und muß man daher das Bett am Fußende höher stellen. Urininfiltrationen erfordern ausgiebige Spaltungen; innere Verletzungen operatives Eingreifen (Laparotomie, Sectio alta etc.) Dauerkatheter ist zu verwerfen; man katheterisiert regelmäßig, falls es möglich ist. Andernfalls muß der Damm in der Mittellinie gespalten und die Harnröhre aufgesucht werden, um ev. von hieraus an die Blase zu gelangen und diese zu drainieren. Oft muß man vom oberen Blasenschnitt aus rückwärts katheterisieren unter Leitung des eingeführten Fingers, welcher die innere Harnröhrenmündung leicht an ihrer Aehnlichkeit (für das Gefühl) mit der Port. vagin. ut. erkennt. Aeußere Verletzungen werden nach der modernen Wundbehandlung versorgt.

Behandlung des Bubo und Carbunkels ohne grosse Incisionen. Von Dr. med. W. Zeuner (Berlin). (Deutsche Medicinal-Zeitung, 1905, No. 74.)

Bei eitrigem Bubo bedient sich Z. zur Entleerung des Eiters statt der gebräuchlichen Incision der Aspiration durch die Pravaz'sche Spritze. Die Methode leistet ohne Zweifel alles, was die Incision leistet, nämlich Entfernung des Eiters, Verminderung der Schmerzen, sowie Entspannung und Heilung. Ein unbedingter Vorzug vor der Incision ist die Schmerzlosigkeit dieses kleinen Eingriffs und die Möglichkeit, die Heilungsdauer ganz eminent abzukürzen. Z. schildert seine Methode wie folgt: Bei eitrigem Bubo nehme man eine Pravazspritze mit einer etwas dickeren und längeren Kanüle, wie sie gewöhnlich für Probepunktionen verwendet wird, stecke die Spitze der Kanüle mit der Spritze in eine Stelle ein, wo sich nach dem Gefühl der Fluctuation voraussichtlich flüssiger Eiter findet, nachdem die Haut und das Instrument mit Aether gereinigt ist, und aspirire nun, indem man behutsam die Spitze der Kanüle in mäßige Tiefe vorschiebt, durch langsames Zurückziehen des Stempels den Eiter aus der Höhle in den Glaszylinder der Spritze. Gelingt diese Probepunktion, d. h. wird Eiter in die Spritze gesaugt, so läßt man die Kanüle stecken, nimmt die mit Eiter gefüllte Spritze ab, entleert dieselbe, setzt sie dann wieder auf die Kanüle, aspirirt von neuem Eiter und so fort, bis schließlich aus dieser Höhle kein Eiter mehr kommt. Sind in der Umgebung des Einstichpunktes noch Stellen, an denen man Eiter vermutet, so führt man die Spitze der Kanüle schräg unter der Haut bis dorthin und entleert diese Nebenhöhlen geduldig auf dieselbe Weise durch allmähliche Aspiration des Eiters. So gelingt es meistens, indem man

Digitized by Google

die Spitze der Kanüle, ohne letztere herauszuziehen, im Kreise herumwandern läßt und indem man vorsichtig die Spitze bald tiefer hineinſchiebt, bald weiter zurückzieht, ſchon in der ersten Sitzung, eine ganz respektable Menge übelriechenden Eiters zu entfernen, und zwar oft 5—20 Spritzen voll. Mitunter jedoch ist das Ergebnis der ersten Sitzung sehr gering, sei es, daß die Kanüle sich durch Gerinnsel verstopft, sei es, daß man beim Einstich nicht die richtige Stelle getroffen hat oder der Eiter noch zu dick war. Am zweiten Tage wird man dann um so mehr Erfolg haben, wenn man sich eine geeignetere Stelle für die Punktion sucht. In 5—6 Sitzungen kann man durch dieses einfache Verfahren ganz mächtige Bubonen entleeren, manchmal sogar ſchon in ein oder zwei Tagen, besonders wenn aus der kleinen Stichöffnung nach Entfernung der Kanüle von selbst oder durch sanftes Ausdrücken von Seiten der Patienten nachträglich noch Eiter hervorgequollen ist, was nicht so selten geſchieht. Gelegentlich füllen sich die Eiterhöhlen nach einigen Punktionen mit Serum, worauf es in der Regel nicht mehr nötig ist, weiter zu punktiren, denn die Entzündungserſcheinungen verſchwinden dann von selbst. Es genügt dann, Bäder gebrauchen und Kompressen machen zu lassen.

Was den Karbunkel betrifft, so behandelt Z. ihn statt der Incision oder Excision von Anfang an mit Injection einer 2proz. Karbollösung, von links und rechts je $^1/_2$—1 Pravazspritze voll, gleichgiltig, in welchem Stadium der Carbunkel sich befindet, und mit heißen Breiumſchlägen von Leinsamenmehl. Diese Breiumſchläge werden recht heiß, in dünne Gaze gehüllt, direkt auf die Wunde gelegt; es ſchadet nichts, sondern ist im Gegenteil nur vorteilhaft, wenn der warme Brei unmittelbar in die Wundöffnung eindringt. Die ersten zwei Tage läßt man diese Breiumſchläge alle halben Stunden erneuern, in der Nacht können sie mehrere Stunden liegen bleiben, denn sie wirken auch, wenn sie nicht mehr heiß sind, immerhin ſchützeud und reinigend. Sie bewirken in wenigen Tagen durch ihre beträchtliche feuchte Wärme ergiebige Einſchmelzung des inficirten Gewebes, Abstoßung der nektrotiſchen Pfropfen und reichliches Nachwachsen von friſchen Granulationen. Die purulente Entzündung wird dadurch gut begrenzt, lokalisiert, die ödematöse Anſchwellung der Umgebung ſchwindet bald um so mehr, je sorgsamer mit der Pinzette Tag für Tag die Eiterpflöcke und die sich abstoßenden Fetzen entfernt und durch kräftiges Streichen von der Umgebung her die mit Eiter gefüllten, unterminirten Kanäle ausgedrückt werden. Manchmal lohnt es sich, die Löcher und Buchten des Carbunkels

Digitized by Google

mit warmer Lösung von Borsäure oder dergleichen auszuspritzen. Auf diese Weise vermag man selbst ganz große Carbunkel in wenigen Tagen zu entleeren, zu reinigen und zu verkleinern. Unter weiterer Applikation der nun 1—2—8-stündlich erneuerten Breiumschläge schließt sich die Wundhöhle durch üppig emporschießende, feste Granulationen. Auch die definitive Ueberhäutung der Wundfläche geht meist unter Anwendung der Breiumschläge zusehends flott vor sich.

Wohl mögen große Einschnitte ausnahmsweise doch nötig sein, aber in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle kommt man beim Carbunkel mit heißen Breiumschlägen rascher zum Ziel.

Zur Praxis der Lokalanästhesie. Von Dr. Chr. Müller. (Münch. med. Wschr. 1995/40.)

Indikationen und Gegenindikationen für Chloroform und Aether decken sich leider in den meisten Punkten mit denen des Kokain. Tunlichst zu vermeiden ist die Anwendung von Kokain wie der Lokalanästhesie überhaupt bei Kindern. Ebenso ist in hohem Alter, auch wenn noch keine Herzstörungen, Gefäßveränderungen etc. nachzuweisen sind, mit Kokain vorsichtig zu verfahren, und es macht den Eindruck, als ob hier die gemischte Aether-Chloroformnarkose vorzuziehen sei. In gleicher Weise heißt es selbstredend achthaben bei kachektischen, bei vorgeschrittenen Herz- und Nierenleiden, wo das Gift ja langsam ausgeschieden wird, und nicht zu übersehen, bei Neurasthenikern. Müller verwendet nur 1proz. Kokainlösung und empfiehlt, die Dosis von 100 g nicht zu überschreiten; so stehen bei 1proz. Konzentration 10 cm^3 Injektionsflüssigkeit zur Verfügung, eine Menge, die für alle Fälle ausreicht. Zur Technik: Vor Beginn der Injektion soll der Patient in horizontale Lage gebracht werden, auch beim kleinsten Eingriff. Dann verbiete man dem Patienten auf das energischte, während der Operation sich aufzurichten. Auch eine Stunde oft später noch auftretende Schwindelanfälle, Schweißausbrüche und Magenbeschwerden können andernfalls die Folge sein. Nach dem Eingriff soll der Patient mindestens noch $^1/_2$ bis $^3/_4$ Stunden liegen bleiben, und, wenn möglich, sich nicht aufsetzen oder vertikale Stellung einnehmen und vor allem nicht gehen, bevor er nicht eine Tasse Milch oder Suppe zu sich genommen hat, M. läßt oft die Patienten während der Operation durch eine Glasröhre Kaffee mit etwas Kognak schlürfen. Schließlich vergesse man nicht, dem Patienten vorzuschreiben, vor der Operation eine leichte, aber kräftige Mahlzeit einzunehmen.

Digitized by Google

Bei Befolgung des eben Gesagten und der sonst gültigen Vorschriften sinken die Gefahren der Anwendung des Kokains und der Lokalanästhesie überhaupt auf ein Weniges herab.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Ueber langdauernde Placentarretention nach Fehlgeburten. Von Prof. Dr. H. Walther in Gießen. (Zeitsch. f. ärztl. Forthildg, 21/05).

1. Ist die Frucht geboren, und bei der Geburt der Arzt zugegen oder kürzere Zeit gerufen, so warte er zunächst die Nachgeburtszeit ab, vorausgesetzt, daß keine Komplikationen (Blutung, Fieber) vorhanden sind. Jedenfalls ist ohne strikte Indikation der Uterus ein noli me tangere! Erst nach einiger Zeit versuche man den „äußeren Handgriff, wenn der Uterus von außen zu tasten und zu umgreifen ist; nicht immer (z. B. vor der 16. Woche) gelingt er. Gelingt er, so erscheint die kleine Placenta alsbald im Scheideneingang oder läßt sich durch vaginale Spülung entfernen. Mißlingt er, blutet es aber nicht, so kann man beruhigt noch weiter abwarten, versuche aber dann nochmals, nach ca. 2 Stunden, den äußeren Handgriff. Angenommen, auch diesmal mißlingt derselbe, so ist die Frage: abwarten, wie lange etwa? oder eingreifen?

Ist der Arzt am gleichen Orte, oder jederzeit leicht zu erreichen, so kann er beruhigt abwarten und wird ohne innere Manipulationen, wie Tamponade und andere Mittel auskommen.

Für den Landarzt dagegen hat diese zurückhaltende Therapie unverkennbare Schattenseiten — tut er nichts, so überläßt er seine Patientin „eine Halbentbundene' ihrem Schicksal und muß gewärtig sein, daß er jederzeit wegen einer plötzlich eintretenden Blutung wieder gerufen werden kann. Von „Bequemlichkeit für Arzt und Patientin als Indikation zum Eingreifen", wie es in v. Winckels Handbuch heißt, kann hier nicht die Rede sein. Der Arzt muß so handeln, daß ihm für das etwaige Nichtstun niemals ein Vorwurf gemacht werden kann. In der Landpraxis ist es also zweckmäßiger, wenn der Arzt etwas aktiver vorgeht; er kann und muß unter solchen Umständen Mittel anwenden, 1. welche geeignet sind, die spontane Ausstoßung der Pla-

Digitized by Google

centa innerhalb der nächsten 10—12 Stunden zu befördern, 2. welche die Patientin während der Abwesenheit des Arztes vor einem plötzlichen Blutverlust schützen können.

Dazu dient entweder: die feste Tamponade der Vagina oder: die exakte Uterovaginaltamponade nach Dührssen.

Für den Praktiker hält W. die vaginale Tamponade für ausreichend. Es ist nicht unwichtig, zu erwähnen, daß auch bei der vaginalen Tamponade die Infektion vermieden werden muß; daher: die Scheide gründlich ausspülen, dann auf dem Querbett unter Gebrauch eines Spekulums aseptische Jodoformwattetampons oder sterilisierte Jodoformgazerollen fest gegen das Scheidengewölbe andrängen, von außen Druckverband. Der Erfolg der exakten Tamponade ist nicht selten: spontane Ausstoßung der Placenta innerhalb der nächsten 12 Stnnden. Kontraindiziert ist die Tamponade bei Fieber und Zersetzung des Uterusinhaltes.

Technisch schwieriger, und dabei nicht ungefährlich, ist die Uterovaginaltamponade; auch dazu braucht man absolut sichere, sterile Gaze (Dührssenbüchse 1 a oder 2) und die präliminare Reinigung von Scheide und Cervix, der bekanntlich keimhaltenden Zone des Geburtskanales. Also: Querbett, Anhaken der Muttermundslippe, Schützen der Scheidenwände durch vordere und hintere Platte des Spekulums, Auswischen des Cervix und der Scheide mit Sublimat- oder Lysollössung, Emporschieben der bereits geschnittenen Gaze in die Uterushöhle mittels stumpfer Pinzette (eventuell unter Benutzung eines Uterusstopfers). Diese Art Tamponade wirkt zweifellos prompter, ebenfalls unter gleichzeitigem Druck von außen; bei ihr kann Sekale günstig wirken.

Aber die Gefahren der intrauterinen Tamponade sind doch nicht zu verkennen: sie erfordert Technik in intrauterinen Manipulationen; die Gefahr der Infektion ist gar nicht von der Hand zu weisen.

Hat der Arzt die, für ihn wohl ausreichende Scheidentamponade exakt ausgeführt, so kann er die „Halbentbundene" eher mit gutem Gewissen verlassen, als wenn er nichts vorgesorgt und nur das bekannte Sekalerezept geschrieben hat! Weiterhin kann er abwarten, da möglicherweise die spontane Ausstoßung erfolgt; ist nun innerhalb der nächsten 12, längstens 15 Stunden die Placenta noch nicht geboren, so ist weiteres Abwarten kontraindiziert, vielmehr die künstliche Entfernung der Placenta angezeigt, da 1. mit weiterem Abwarten jederzeit Gefahren (Blutungen, Fieber) kommen können, 2. der Mutterhals sich inzwischen wieder formiert und etwaige intrauterine Operationen äußerst schwierig macht.

Digitized by Google

Die Tamponade der Scheide oder gar des Uterus nach 12 Stunden zu wiederholen und wieder abzuwarten, ist erheblich gefährlicher, als unmittelbar nach Austritt der Frucht; ist doch die mehrere Stunden in der Scheide gelegene Gaze oder Watte mit Keimen überreichlich durchsetzt und die Scheide jetzt erheblich schwieriger zu desinfizieren als vorher.

Für denjenigen Arzt, welcher in der Technik der vaginalen und uterinen Operationen bewandert ist, kämen an Stelle der beschriebenen Tamponaden noch zwei Verfahren in Betracht, welche schon innerhalb der ersten Stunden angewandt werden können: nämlich 1. der Höning'sche Handgriff, 2. die digitale Lösung der Placenta. Der Höningsche Handgriff besteht in der kombinierten Expression der Placenta: 2 Finger der wohldesinfizierten Hand gehen nach gründlicher Lysolscheidenspülung bis in das Scheidengewölbe ein, drängen gegen die sich vordrängende Uteruswand und suchen vom Scheidengewölbe aus unter Entgegendrängen der äußeren Hand den Uterusinhalt auszupressen. Mitunter führt dieser Handgriff zum Ziele, wenn nicht, so kann nach ihm die beschriebene Tomponade immer noch ausgeführt werden.

Wesentlich schwieriger ist die digitale Lösung der Placenta (von manueller kann bei der geringen Durchgängigkeit des Cervix natürlich nicht die Rede sein); darüber sei sich der Arzt, besonders der Anfänger klar! Zu dieser Operation sollte sich nur derjenige entschließen, welcher intrauterin zu operieren gelernt hat; auch muß er sicher sein, daß er die Operation richtig zu Ende führen kann. Denn mißlungene Versuche haben in der Regel Blutungen oder gar Zersetzung (Infektion) zur Folge und machen den Zustand schlimmer, als die Retention an sich. Diese Operation ist für den Geübten wegen der noch vorhandenen Durchgängigkeit des Mutterhalses nicht allzu schwierig, doch sollte auch von ihm die Technik (z. B. bei der fest im Fundus oder der Tubenecke sitzenden Placenta) nicht unterschätzt werden. Wie nach rechtzeitiger Geburt, sollte auch hier nur auf strikte Indikation hin diese Operation vorgenommen werden.

Traut sich der Arzt diese Operation nicht zu, so wartet er besser ab, oder er hat die Pflicht, bei einem komplizierten Falle, z. B. Blutung, einen erfahrenen Kollegen herbeizurufen, ebenso natürlich, wenn er die genannte Operation begonnen hat und nicht zu Ende führen kann. Es ist ganz selbstverständlich, daß der Arzt, wenn er „digital" nicht fertig wird, nicht blindlings zu Instrumenten greift — es wäre

Digitized by Google

mehr als leichtsinnig, hier eine der bekannten Abort- oder Greifzangen nun einzuführen.

Es ergibt sich daraus: daß man, wenn keine Komplikation vorhanden ist, zunächst abwarten kann — aber nie extrem lange, sondern höchstens 10—12 Stunden. Ist innerhalb dieser Zeit die Placenta nicht spontan geboren, so ist das aktive Verfahren angezeigt.

Zur Unterstützung der Placentarlösung tut der Arzt, welcher nicht am gleichen Orte wohnt oder nicht jederzeit zu haben ist, gut daran, die Scheide fest auszutamponieren. Die digitale Lösung der Placenta sollte, ohne daß eine Blutung dazu zwingt, nur vom Geübten vorgenommen werden und auch von ihm nie ohne strikte Indikation.

II. Sind unmittelbar oder bald nach der Geburt der Frucht Komplikationen vorhanden, d. s. in der Mehrzahl der Fälle Blutungen, seltener wohl Fieber, so sind von vornherein aktive Verfahren indiziert: 1. Tamponade der Scheide oder des Uterus, 2. digitale Lösung der Placenta.

ad. 1. Tamponade der Scheide: Blutet es, so spricht dies ja an sich für die partielle Lösung der Placenta; ist sie sehr stark, so muß die Tamponade, wie oben beschrieben, in Betracht kommen, falls der Arzt sich die Technik der Operation nicht zutraut. Es ist die Tamponade hier nur ein Notbehelf! Wiederholte Tamponade führt nicht nur nicht zum Ziele, sondern zur Infektion.

Selbstverständlich darf, wenn nicht Blutung, sondern Zersetzung und Fieber das aktive Vorgehen indiziert, niemals die Scheide tamponiert werden, da sonst die Zersetzung in utero noch mehr beschleunigt und weiter verbreitet würde.

ad. 2. Bei starker, lebensgefährlicher Blutung ist das erheblich sichere Verfahren, vorausgesetzt, daß der Arzt technisch und antiseptisch geschult ist und sich zu orientieren weiß, die digitale Ausräumung.

Vorerst versuche man stets noch einmal den Höningschen Handgriff (auch nach Ahlfeld, Budin) — mißlingt er, so führe man die digitale Lösung aus.

Hier ist der Uterus (bis zur 24. Woche etwa) nur für Zeige- und Mittelfiger zugänglich. Also; präliminare Ausspülung der Scheide (Lysol), Einführen der ganzen Hand in die Scheide, Zeige- und Mittelfinger in den Uterus, möglichst bis zum oberen Rand der Placenta, Entgegendrängen des Uterus mittels der äußeren Hand! Meist gelingt diese Operation nur in Narkose; bei zugängigem Mutterhals kann man digital die Placenta herausbefördern. Je längere Zeit

Digitized by Google

nach der stattgehabten Fehlgeburt verstrichen ist, um so schwieriger wird die Operation — ebenso auch je mehr Sekale verabreicht wurde. Für den Ungeübten können indes auch bei dieser Operation große Schwierigkeiten intra operationem sich herausstellen, daher der oben gegebene Rat, einen Kollegen zuzuziehen! Instrumente sind nach Möglichkeit zu vermeiden!

Wird man in vielen Fällen digital, ähnlich wie bei der Herausbeförderung eines Aborteies fertig, so kann man für manche seltene Fälle der Instrumente nicht ganz entraten, doch sind dafür Vorsichtsmaßregeln zu beachten:

1. Instrumente dürfen hier (im Gegensatz zu Abortresten vor dem dritten Monat!) stets nur unter Leitung des Fingers in den Uterus eingeführt werden, dabei aber

2. niemals bis zum Fundus, sondern eben bis über den inneren Muttermund emporgeführt werden. Nur derjenige, welcher in intrauterinen Operationen Uebung hat, darf sich unter Kontrolle des Fingers eine Greifzange (Polypen- oder Abortzange, z. B. Winters Abortzange) einführen, um das, was vorher digital gelöst ist, zu fassen und herauszudrehen. Andere empfehlen statt dessen die große schleifenförmige stumpfe Curette, mittels welcher man durch leicht drehende, einer Art Hebelbewegungen (etwas oberhalb des inneren Muttermundes, nie bis zum Fundus einführt!) die Placenta herausbefördern kann. Unter diesen Vorsichtsmaßregeln läßt sich eine Verletzung (Perforation) stets vermeiden!

Wer dagegen nur digital operiert, der kann eben gar nicht verletzen! Ist nun die Uterushöhle leer, so blutet es in der Regel auch nicht weiter.

Im allgemeinen kommt man damit aus, nunmehr, wie nach jeder intrauterinen Operation, eine Uterusspülung anzuschließen; 2 proz. Lysollösung, oder (nach Ahlfeld) 40—50 proz. heiße Alkohollösung, niemals natürlich Sublimatlösung! In der Mehrzahl der Fälle wird man auch hier, wie nach rechtzeitigen Geburten, ohne die Uterovaginaltamponade (Dührssensche Tamponade) auskommen.

Besteht dagegen die Neigung zur Blutung (sehr selten, wenn nichts mehr retiniert ist!) oder ist der Arzt nicht ganz sicher, daß noch ein Rest z. B. in der Tubenecke zurück ist, so ist die unter allen Kautelen ausgeführte Uterovaginaltamponate ratsam. Die Gaze darf natürlich nie länger als 12—15; (längstens 24!!) Stunden liegen bleiben.

Die Nachbehandlung besteht nach der digitalen Lösung mit oder ohne nachfolgende Tamponade am besten im Auflegen einer Eisblase und Ergotininjektion bezw. Sekale (z. B. Tinct. haemostyptica Denzel) innerlich.

Digitized by Google

Die digitale Lösung setzt demnach voraus: als Vorbedingung genügende Durchgängigkeit des Mutterhalses, technisch exaktes ruhiges Operieren! (keine halbe, unvollkommene Operation!), strengste subjektive Antisepsis und strenge Indikationsstellung, welche, wenn man von dem Zeitpunkt absieht, zu dem man eingreift, fast derjenigen bei der manuellen Lösung nach rechtzeitiger Geburt entspricht. Denn wenn nach rechtzeitiger Geburt die Vielgeschäftigkeit, gerade in punkto „Nachgeburtsoperationen" die puerperale Mortalität so ungünstig beeinflußt, so darf man auch in bezug auf Fehlgeburten leichtfertigem Operieren in der Nachgeburtszeit nicht das Wort reden.

Die seltenere Indikationsstellung wäre: Fieber durch Zersetzung des Uterusinhaltes. Handelte es sich nicht von vornherein um fieberhaften sog. putriden oder putrid septischen Abort, so bildet sich in der Regel Fieber, Zersetzung der Placenta erst bei länger dauernder Retention aus, ganz besonders nach vorausgegangenen unvollkommenen, mißglückten Manipulationen (hier z. B. wiederholter Tamponade, Versuch der Lösung u. a.). Dies führt zur weiteren Komplikation: der länger dauernden Retention.

III. Länger dauernde, mehrtägige oder gar wöchige Verhaltung per Placenta in toto (nicht eines Placentarrestes, wovon hier nicht die Rede sein soll.) Dieser Zustand läßt zwei Komplikationen befürchten, welche den Arzt zum Eingreifen berechtigen, nämlich 1. die Blutung, 2. die Infektion. Wenn man immer noch in Lehrbüchern den Satz findet, daß in vielen Fällen die Placenta lange Zeit ohne Schaden verhalten bleiben kann, so hat dieser Rat doch Gefahren und ist für etwaige forensische Fälle ein schlechter Trost. Hat z. B. ein Arzt bei einer Fehlgeburt die Nachgeburt unbesorgt längere Zeit (mehrere Tage und länger) zurückgelassen, also nichts zur Beförderung der Ausstoßung angewandt, so dürfte, da es sich um die Vernachlässigung einer „Unentbundenen" handelt, falls Gefahren, Blutungen oder Sepsis eintraten, im gerichtlichen Verfahren nicht immer die Entscheidung zu seinen Gunsten ausfallen!

Hat man sich aus diesem Grunde zur Entfernung der länger (mindestens über 12 Stunden) retinierten Placenta entschlossen, so beachte man, daß der Mutterhals sich oft inzwischen wieder vollkommen geschlossen, wieder formiert hat, also stets vor der Entfernung eine präliminare gründliche Erweiterung des Mutterhalses notwendig ist. So selbstverständlich dieser Rat erscheinen mag, so wenig überflüssig ist die Bemerkung, wenn man bedenkt, welch große Gefahren der Arzt heraufbeschwören kann, wenn er ohne Erweiterung des Mutterhalses, anstatt digital, etwa mit In-

Digitized by Google

strumenten die Ausräumung versucht! Gerade für solche Fälle haben diejenigen recht, welche die Parole ausgeben: Weg mit der Curette, weg mit der Kornzange, wie Instrumenten überhaupt!

Das Verfahren gleicht also demjenigen des künstlichen Abortes. Wie bekannt, sind die Vorbereitungen dazu so umständlich, daß er sich für die allgemeine Praxis wohl nicht gut eignet. Das Gleiche gilt auch hier. Nur der Arzt, welcher sich die Uebung darin zutraut und auch wirklich besitzt, wird in einem solchen Falle an die Operation herangehen.

Der Gang der Operation wäre also: künstliche Erweiterung des Mutterhalses, darauf digitale Lösung der Placenta, wie oben beschrieben.

Die Erweiterung des Cervikalkanals kann vorerst geschehen durch Einlegen eines (in 10proz. Jodoformäther oder trocken sterilisierten) Laminariastäbchens in den vorher gründlich im Spekulum ausgewischten Cervix. Nach 10 bis 12 Stunden (Temperatur messen!) ist der Kanal so vorbereitet, daß man entweder nun einen Barnes-Fehlingschen Metreurynter bis über den inneren Muttermund einschieben kann und danach erst die Ausräumung anschließt, oder: daß man die brüske Erweiterung mittels Hegarscher Stifte vornehmen kann und daran anschließend die digitale Lösung. Ist Eile notwendig, so zieht man, wie z. B. bei Fieber, die Erweiterung mittels Hegarscher Stifte in Narkose vor; indes sei man sich dabei stets der Gefahr der Cervixrisse oder plötzlicher Blutungen bei der Erweiterung bewußt, zumal wenn der Cervikalkanal nicht durch eine natürliche vorangegangene Wehentätigkeit vorbereitet und vor allem nicht „genügend verbraucht, verkürzt" ist. Man erzwinge eben niemals eine brüske Erweiterung des inneren Muttermundes!

Den meisten Aerzten ist die auffallende Länge des Cervix in der Schwangerschaft nicht genügend bekannt; sie hindert die Einführung des Fingers und macht das ausschließlich digitale Operieren schwierig.

Zur Ausräumung ist also unbedingt erforderlich: genügende Erweiterung und Verkürzung des Cervikalkanals, und für Instrumente gilt der Grundsatz: stets nur die in den Bereich des inneren Muttermundes digital herabgedrückte Placenta hier zu fassen, niemals mit denselben blindlings höher hinaufzugehen.

Auch nach der Ausräumung muß eine Uterusspülung folgen (50proz. Alkohol) ganz besonders nach putrider Zersetzung; sodann Ergotin, Eis. Ob die Uterustamponade anzuschließen ist, hängt ganz vom Einzelfalle ab.

Digitized by Google

Die Operation im ganzen erfordert großes technisches Geschick und ist noch unvergleichlich schwieriger als die Entfernung unmittelbar oder bald nach Austritt der Frucht, besonders, wenn durch Sekalegaben Spasmus des inneren Muttermundes eingetreten ist. Dies bestätigt wieder den Satz, daß, je länger man wartet, um so schwieriger die Ausräumung wird.

Ueber einige Punkte in der Differentialdiagnose von Scharlach, Röteln und Masern. Von F. J. Poynton in Lodon.

Unsere Unkenntnis über den Erreger der akuten Exantheme, die verschieden starke Heftigkeit der einzelnen Epidemien, das Vorkommen scharlach- und masern-ähnlicher Ausschläge bei Influenza oder nach Seruminjektionen, das wechselnde Aussehen der Ausschläge — dies alles macht die genaue Unterscheidung zwischen Scharlach, Röteln und Masern oft äußerst schwierig, ja oft unmöglich und läßt uns manchmal an der Spezifität dieser einzelnen Krankheiten zweifeln.

Bei der Diagnose des Scharlachs ist die große Variabilität dieser Krankheit zu bedenken. Man kann drei Typen unterscheiden: die klassische, die bösartige und die milde Form. Die klassische Form ist am leichtesten zu erkennen, ihre Beschreibung ist bekannt, die Inkubation dauert gewöhnlich weniger als 7 Tage, meist nur 2—3. Die maligne Form verläuft meist so rapid, daß es gar nicht zur Ausbildung eines Exanthems kommt, die Diagnose läßt sich meistens nur durch die Kenntnis einer vorhandenen Epidemie stellen. Am schwierigsten für die Diagnose sind die milden Fälle. Auf Grund einer Beobachtung in einer Schule, wo von 300 Kindern 96 an Scharlach erkrankten, aber nur 31 mit einem Ausschlag, teilt Dr. Thornton diese leichten Fälle in drei Klassen ein: die erste Klasse zeigt Ausschlag, Angina, Fieber, Schuppung, die zweite keinen Ausschlag, dagegen eine leichte Angina, Fieber und Schuppung, die dritte zeigt überhaupt nur Schuppung. Krankheitsgefühl ist sogar bei der ersten Klasse selten vorhanden. Infolge der Schuppung, deren Gefahr für die Ansteckung sich noch immer nicht leugnen läßt, sind auch diese milden Formen als infektiös zu betrachten. Sehr schwierig sind die leichten Scharlachfälle von skarlatiniformen Begleiterscheinungen der Influenza und des Denguefiebers zu unterscheiden, bei welchem auch Fieber, leichte Angina, belegte Zunge und ein scharlachähnlicher, allerdings etwas zu scharf begrenzter Ausschlag mit nachfolgender profuser Desquamation beobachtet werden.

Digitized by Google

Die Rubeolen (in England auch German measees — deutſche Masern — genannt) haben eine Inkubation von 2 bis 3 Wochen. Der Verlauf der jetzigen Epidemien ist gewöhnlich mild. Die Infektiosität ist sehr groß, besonders für das Pubertätsalter. Die ersten Symptome sind leichtes Fieber, Katarrh, Angina; charakteriſtiſch sind die Lymphdrüsenſchwellungen hinter den Ohren. Es gibt zwei Typen des Ausſchlags: der morbilliforme und der skarlatiniforme. Der erstere ist der gewöhnliche, er ist nur im Anfang so abgegrenzt und erhaben wie bei Masern, blaßrosa, juckt, breitet sich vom Nacken her zum Kinn und den Wangen hin aus; die äußeren Schenkelflächen und die Nates werden besonders stark befallen. Auch der skarlatiniforme Ausſchlag ist blaßrosa, juckt häufig, manchmal erinnert er an Urtikaria. Die Ausſchläge bleiben 2 bis 3 Tage, oft folgt ihnen eine leichte kleinförmige, manchmal nur aufs Gesicht beſchränkte Schuppung. Ziemlich konstant ist bei den Röteln eine zirka am fünften Tage auftretende sekundäre Angina. Der morbilliforme und skarlatiniforme Ausſchlag kommen häufig mit wenigen Tagen Zwiſchenraum bei demselben Patienten vor, der mobilliforme meist zuerst, doch kommt auch das Umgekehrte vor. Ein abortiver Ausſchlag, der raſch verſchwindet, kann manchmal als Prodrom vor dem Erſcheinen des richtigen Ausſchlages beobachtet werden. Von Folgeerſcheinungen ist höchstens Arthritis zu nennen.

Eine zweite Attacke von Scharlach — nicht zu verwechseln mit einem Rückfall noch während der ersten Erkrankung — ist öfters beſchrieben worden und muß bei der Diagnose berücksichtigt werden.

Die „vierte Krankheit“ ist eine von Dukes von den drei anderen akuten Exanthemen als selbständig abgetrennte, aber noch nicht allgemein anerkannte infektiöse Krankheit, die hauptsächlich im Frühjahr und Herbst auftritt. Die Inkubationsdauer beträgt 9—21 Tage. Die Krankheit beginnt mit einem skarlatiniformen Ausſchlag, der jedoch erhabener ist als beim Scharlach und sich raſch über den ganzen Körper ausbreitet. Der Rachen ist rot und geſchwollen, die zervikalen, axillären und inguinalen Drüsen vergrößert. Die Zunge ſchält sich nie wie beim Scharlach, die Desquamation kann so stark sein wie bei diesem; sie steht ebenso wie beim Scharlach in keinem Verhältnis zur Intensität des Ausſchlages. Oft besteht gar kein Krankheitsgefühl; der Verlauf währt nur einige Tage Die Infektiosität ist nicht sehr groß. Gegen Masern und Scharlach ſchafft die Krankheit keine Immunität. Die Nieren sind selten affiziert, auch

Digitized by Google

sonst entstehen keine Komplikationen, außer einer Schwellung der Submaxillardrüsen.

Bei Pocken kommen Prodromalausschläge vor, die skarlatiniformes, seltener morbilliformes Aussehen haben. Das Fehlen von Angina und Himbeerzunge, bezw. von Schnupfen und Koplik'schen unterscheidet sie von Scharlach und Masern. Außerdem kommen sie kaum bei Kindern unter 10 Jahren vor. Sie überziehen den Körper rascher als die Masern und lassen keine Flecken zurück. Daneben bestehen gewöhnlich Kreuzschmerzen.

Bei den Masern betont Verf. die Gefährlichkeit der mit Laryngitis beginnenden Fälle, die überdies für die Diagnose oft sehr schwierig sind. Der Verlauf der Masern bei Armen ist durchschnittlich schwerer als in reichen Häusern; vor einer Anhäufung von Masernfällen in einem Raum ist zu warnen, die Fälle mit Bronchopneumonie sind von den anderen zu isolieren. Ungünstig ist die Komplikation mit Influenza. Koplik'sche Flecken sind in über 97 pCt. zu finden, oft sieht man sie nur an der Wangenschleimhaut gegenüber dem letzten Molorzahn. — (The Brit. med. Journ. Nr. 2301, 1905.)

Das Ichthyol in der Scharlachbehandlung
Von Prof. Dr. A. Seibert.

Die Seibertsche Empfehlung der Ichthyolbehandlung verdankt ihren Ursprung dem Bestreben, beim Scharlach von der Haut aus auf den Krankheitsprozeß einzuwirken. Sie besteht darin, daß alle 6—12 Stunden die ganze Körperoberfläche von den Zehen bis zum Kopf mit einer 5 bis 10%igen Ichthyol-Lanolinseife derartig eingerieben wird, daß keine roten Hautstellen mehr sichtbar sind und der ganze Körper hellbraun erscheint; hiezu sind je nach der Größe des Patienten 30—90 g der Salbe erforderlich. Zweck der Verreibung ist, „nicht den Körper mit Salbe zu bedecken, sondern das Ichthynl in die Haut hineinzupressen und es so in direkten Kontakt mit dem in den Wandungen der kapillären Blut- und Lymphgefäße vermutlich eingenisteten Bakterien zu bringen und deren Lebensfähigkeit zu beeinträchtigen". Unter dieser Behandlung sah S. 1. Die Anschwellung der Haut nach der ersten gründlichen Einreibung zurückgehen; 2. den Juckreiz sofort nachlassen und nach mehreren Eingriffen ganz verschwinden; 3. Rhagaden nnd sekundäre phlegmonöse und erysipelatöse Hautinfiltrationen nie entstehen; 4. die Körpertemperatur in allen Fällen, wo keine Komplikation bestand, um $^1/_2$—$1^1/_2{}^0$ C. sinken; 5. Unruhe und Schlaflosigkeit sich stets bessern, wo dieselben, wie so oft, wesentlich durch die Hautentzündung bedingt

Digitized by Google

waren. Postskarlatinöse Nephritis trat, soweit sich durch regelmäßige, sechs Wochen lang fortgesetzte Harnuntersuchungen feststellen ließ, in keinem Falle auf; ebensowenig wurden Gelenk- und Ohrenentzündungen beobachtet. Die Intensität und Dauer des Abschuppens wird durch die während dieser Zeit einmal täglich vorgenommene Einreibung mit der Ichthyolsalbe wesentlich vermindert und abgekürzt; toxische Erscheinungen wurden nie beobachtet — Da nicht die Haut, sondern der Rachen der wichtigste örtliche Erkrankungsherd beim Scharlach ist und dem Kranken die größte Gefahr aus der sekundären oder gleichzeitigen Streptokokkeninfektion der oberen Luftwege erwächst, so gab S. jedem Scharlachkranken prophylaktisch Jod-Karbollösungen (Rp. Tinct. Jodi 2,0 — Kal. jodat. 1,0 — Aq. dest. 120 0 — Acid. carbol gtts. X—L.) stündlich einen Teelöffel voll zu schlucken. Nachdem sich nun S. von der günstigen Beeinflussung des Scharlachprozesses in der Haut durch das Ichthyol überzeugt hatte, sah er sich bewogen, das Medikament auch bei der Scharlachdiphtherie zu erproben, zumal da das Ichthyol sich durch zwei Eigenschaften für einen derartigen Versuch empfahl, nämlich: a) seine Ungiftigkeit selbst bei großen Dosen und b) seine tötende Wirkung (selbst bei schwachen Lösungen) auf pyogene und erysipelatöse Streptokokken (welche namentlich Abel in einer Reihe von Experimenten im hygienischen Institute in Greifswald im Jahre 1893 nachgewiesen hatte und welche seither bei anderen Streptokokkeninfektionen vielfach klinisch bestätigt wurde). S. beschreibt nun ausführlich seinen ersten mit Ichthyol behandelten Fall von Scharlachpharyngitis, der der Heubnerschen „septikämischen Form" zuzurechnen ist. Bakteriologisch wurden Streptokokken und keine Loeffler-Bazillen gefunden. Die Anschwellung und die Sekrete der örtlich zu behandelnden Flächen stempeln jedes Aussprayen und Einspritzen von kleinen Flüssigkeitsmengen zu ungenügenden Heilversuchen. Es erschien von vorneherein ratsam, größere Mengen unter stetigem Druck, so von der Nase aus durchzuspülen, daß dieselben durch den Mund wieder abflossen. Diese Voraussetzung erwies sich als richtig, denn es bedarf stets $^1/_4$ l der Spülflüssigkeit unter einem Druck von drei Fuß Erhöhung im Irrigator, um bei starker Anschwellung des Nasen-Rachengebietes sich den Weg bis zur Mundhöhle zu bahnen und so zugleich mechanisch reinigend und desinfizierend zu wirken. Die erste Hälfte der warmen Ichthyollösung wurde durch das eine, die zweite durch das andere Nasenloch durchgespült. Eine 5%ige Lösung hat sich als genügend stark erwiesen, und da durch häufiges Schlucken selbst großer Portionen von

Digitized by Google

Ichthyol bisher nie merkbarer Schaden entstand, so hat man auch bei kleineren Kindern nicht nötig, dünnere Lösungen anzuwenden. Auch in diesem Falle (wie in allen übrigen) wurde die Jod-Karbollösung stündlich per os gegeben und sechsstündlich 5%ige Ichthyolsalbe in die ganze Körperfläche verrieben. Die Ausspülungen wurden alle sechs Stunden, bei Tag und Nacht gemacht. Schon nach der zweiten Durchspülung war die Temperatur um 2° F. und die Ausdehnung der Lymphknotenanschwellung sichtbar gesunken, eine Besserung, welche stetig fortschritt, so daß am sechsten Krankheitstage die Schleimhaut abgeschwollen, die Atmung frei und von Infiltration nur Spuren zu bemerken waren und die normale Temperatur und Hunger sich am siebenten Tage einstellten. Nachkrankheiten traten nicht auf. Durch den Verlauf dieses Falles ermutigt, hat S. die Ausspülungen mit Ichthyol in jedem Falle von Scharlachpharyngitis angewandt. Bei dieser Behandlung war in allen Fällen die Krankheitsdauer wesentlich kürzer als sonst, Komplikationen traten höchst selten auf. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 51, Heft 3.)

Verschiedenes.

Jodkalium gegen Arteriosklerose. Romberg betont von neuem, daß das Jodkalium bei länger fortgesetztem Gebrauch die Viskosität des Blutes herabsetzt und das Blut, wohl durch eine Einwirkung auf dessen körperliche Bestandteile, leichter flüssig macht, ohne es zu verdünnen. Das Mittel vermag also bis zu einem gewissen Grade die Erschwerung der Zirkulation auszugleichen, die durch die Arteriosklerose herbeigeführt wird. Aber es vermindert nicht den Blutdruck. Ebenso unwahrscheinlich ist eine direkte Einwirkung auf den anatomischen Prozeß. Das Jodkalium leistet vortreffliche Dienste bei den beginnenden, im wesentlichen noch funktionellen Störungen, so vor allem bei den neurastenieartigen Erscheinungen der zerebralen Arteriosklerose, oft bei leichter und mittelschwerer Angina pectoris, hin und wieder bei kardialem Asthma und bei geringer Herzinsuffizienz mit mäßiger Dyspnoë. Hier vermag schon die bessere Durchblutung der erkrankten Gefäßgebiete, wie sie das Jodkalium herbeiführt, die Störungen günstig zu beeinflussen. Dagegen kann es bereits organische Läsionen (Thrombose eines Hirngefäses, schwielige Degeneration des Herzmuskels, Schrumpfung der Nieren) nicht rückgängig machen. Romberg gibt das Jodkalium fünfmal am Tage zu 0,1 bis 0,3 g. Es muß aber zwei bis 3 Jahre lang gebraucht werden, und zwar in der Weise, daß zunächst in jedem Monat eine Woche, nach je drei Monaten ein Monat pausiert wird. Zur Verhütung der Magenstörung ist jede

Digitized by Google

Säure in Speisen und Getränken zu vermeiden. Zweckmäßig ist die Kombination des Mittels mit doppeltkohlensaurem Natron, seine Verabfolgung in Sauerbrunnen oder Milch. (Dtsch. med. Woch. 1905, Nr. 35.)

Kann eine an Scharlach erkrankte Mutter stillen? Von B. Salge, Assistent der Universitätskinderklinik in Berlin. (Berl. klin. Wochenschrift, 1905, No. 36.) S. berichtet über einen Fall von mittelschwerem Scharlach bei einer 17 Jahre alten Amme, die abgesehen von einer kurzen Unterbrechung, ihr etwas über ein Monat altes Kind während der Krankheit dauernd an der Brust ernährte. Ein Schaden hat sich daraus weder für die Mutter, noch für das Kind ergeben, so daß es völlig unbedenklich erscheint, in ähnlichen Fällen das Stillen ruhig durchzuführen. Hinsichtlich der Frage, ob das Kind durch die scharlachkranke Mutter gefährdet wird, hebt S. hervor, daß ein Säugling im 1. Halbjahr seines Lebens gegen Scharlach so gut wie immun ist, so daß also für die Zeit, in der das Ernähren des Kindes an der Brust besonders wichtig ist, mit der Gefahr einer Ansteckung nicht zu rechnen ist. Auch andere acute Erkrankungen der Mutter, z. B. Masern, Diphtherie, dürften an sich keinen Grund gegen das Stillen abgeben; bei letzterer Krankheit ist der Säugling durch Immunisirung zu schützen.

Die einzige Erkrankung der Mutter, die principiell das Anlegen des Kindes verbietet, ist die Tuberkulose.

Telephonische Konsultation. Anläßlich der Regulierung des Aerztetarifes hat der preuß. Medizinalminister bei dem Aerztekammerausschuß angefragt, wie hoch die „Beratung eines Kranken durch den Fernsprecher" in der ärztl. Gebührenordnung anzusetzen sei und die Antwort erhalten: Telephonische Beratung des Arztes sei ebenso zu bewerten, wie eine Ordination im Hause des Arztes.

Der prakt. Arzt, herausgegeben von Sanitätsrat Dr. W. Herr in Wetzlar, wird, im nächsten Jahre seinen 47. Jahrgang beginnend, ebenfalls fortgesetzt.

Monatlich 1½ bis 2 Bogen. Preis 3 Mark.

Der Tierarzt, herausgegeben von Prof. Dr. Anacker — 45. Jahrgang — wird auch im nächsten Jahre in bisheriger Weise erscheinen.

Monatlich 1½ bis 2 Bogen. Preis 3 Mark.

Wetzlar, im Dezember 1905.

Schnitzler'sche Buchhandlung.

Redakteur: Sanitätsrat Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

3 9015 06372 1629
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Digitized by Google

Digitized by Google